



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

Rapport naar aanleiding van het  
inspectiebezoek Stichting Woon- Werkhuis  
Rotterdam, locatie Charis te Oud-Beijerland  
op 26 april 2010

Datum Juni 2010  
(Versie 2)



## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Resultaten inspectiebezoek</b>	<b>7</b>
2.1	Inleiding	7
2.2	Zelfbepaling en medezeggenschap	7
2.3	Individuele planning en ondersteuning	10
2.4	Individuele planning dagbesteding	13
2.5	Deskundigheid personeel	15
2.6	Diagnostiek en signalering	18
2.7	Veiligheid	19
2.8	Continuïteit van zorg	22
2.9	Vrijheidsbeperkende maatregelen	23
2.10	Overige onderwerpen	24
<b>3</b>	<b>Beschouwing</b>	<b>27</b>
3.1	Inleiding	27
3.2	De Stichting Woon- en Werkhuis Rotterdam biedt nog steeds geen verantwoorde zorg en voldoet niet aan de kwaliteitswet zorginstellingen en de aanwijzing van de Staatssecretaris	27
3.3	Verschillende beelden van de werkelijkheid	28
3.4	Risico's blijven groot	28
3.5	Herstel van vertrouwen heeft absolute prioriteit	28
<b>4</b>	<b>Te nemen maatregelen</b>	<b>29</b>
4.1	Advies tot het nemen van verdere maatregelen	29



## 1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft op 26 april 2010 een bezoek gebracht aan Charis onderdeel van de Stichting Woon- en Werkhuis Rotterdam. Dit bezoek was een vervolg op de bezoeken van 14 november 2007, 14 april 2008, 8 oktober 2008 en 18 december 2008, die plaatsvonden in het kader van meldingen van cliëntvertegenwoordigers die de inspectie had ontvangen en die hetzelfde karakter hadden als de meldingen die de inspectie in 2005 en 2006 heeft onderzocht.

Omdat Charis op 7 augustus 2008 van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een aanwijzing heeft gekregen op grond van artikel 7, eerste lid van de Kwaliteitswet zorginstellingen, hadden de inspectiebezoeken van 8 oktober 2008 en 18 december 2008 ten doel te toetsen of werd voldaan aan de Kwaliteitswet zorginstellingen en in het bijzonder aan de voorwaarden zoals gesteld in de aanwijzing. Charis diende uiterlijk 8 weken na dagtekening van de aanwijzing aan de aanwijzing gevolg te hebben gegeven. Omdat tijdens het bezoek van 8 oktober dat nog niet het geval was, is op 18 december opnieuw een bezoek gebracht om te verifiëren of inmiddels wel werd voldaan aan de aanwijzing. Opnieuw wees het bezoek van 18 december 2008 uit dat Charis niet voldeed aan de aanwijzing. Daarop is door de Staatssecretaris een last onder dwangsom opgelegd. Het bestuur van de stichting heeft bezwaar gemaakt tegen zowel de aanwijzing als de opgelegde last onder dwangsom omdat zij onder meer de toepasselijkheid van de Kwaliteitswet zorginstellingen bestreed. Tegen de beslissingen op bezwaar, waarbij de bezwaren ongegrond zijn verklaard, heeft Charis beroep aangetekend. Op 1 april 2010 heeft de Bestuursrechter uitspraak gedaan. Hij heeft geoordeeld dat de stichting gezien haar activiteiten wel onder de Kwaliteitswet zorginstellingen valt en dat de aanwijzing en de last onder dwangsom door de Staatssecretaris konden worden opgelegd.

In de tussenliggende periode is namens de Staatssecretaris aan het bestuur van de stichting verzocht om de inspectie uit te nodigen voor een inspectiebezoek zodra het bestuur van mening was aan de eisen van de aanwijzing te kunnen voldoen. Zo werd Charis de mogelijkheid geboden de aanwijzing op te heffen zodra de kwaliteit van zorg op orde was. Deze uitnodiging heeft de inspectie ontvangen op 1 februari 2010. De bij de uitnodiging gevoegde documenten die zouden moeten onderbouwen dat de stichting een verbeteringslag had gemaakt bevatten echter alleen oude informatie over 2008. De inspectie heeft daarop op 18 februari 2010 per brief verzocht om concreet en onderbouwd aan te geven op welke punten de stichting aan de aanwijzing voldeed. Hierop heeft de inspectie geen reactie ontvangen. Omdat de kwaliteit van zorg bij Charis al sinds 2005 onder druk staat is namens de Staatssecretaris, na de uitspraak van de Bestuursrechter, de inspectie verzocht om in april 2010 opnieuw een inspectiebezoek te brengen om te beoordelen of inmiddels aan de aanwijzing wordt voldaan. In dit rapport leest u de bevindingen van het inspectiebezoek dat plaatsvond op 26 april 2010. Dit rapport zal de basis vormen voor de vervolgstappen die mogelijk door de Staatssecretaris genomen worden.

De inspectie heeft voor dit bezoek opnieuw gebruik gemaakt van de werkwijze en ontwikkelde instrumenten van het gefaseerd toezicht voor de 24-uurs verblijfszorg aan mensen met een verstandelijke beperking. In deze werkwijze wordt gekeken naar de aanwezigheid van risico's voor de cliënt op gezondheids- en/of welzijnschade. Hiertoe is vooraf een risicoprofiel gemaakt, dat u kunt vinden op de internetsite van de inspectie: [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

Op basis van dit risicoprofiel worden acht risicoaspecten onderscheiden, waarop het instrumentarium is gebaseerd en waarover in dit rapport wordt gerapporteerd:

- 1 zelfbepaling en medezeggenschap;
- 2 individuele planning en ondersteuning;
- 3 individuele planning en dagbesteding;
- 4 deskundigheid personeel;
- 5 diagnostiek en signalering;
- 6 veiligheid;
- 7 continuïteit van zorg;
- 8 vrijheidsbeperkende maatregelen.

Door gebruik te maken van hetzelfde instrument is een vergelijking met de resultaten van de vorige bezoeken in Charis mogelijk.

Voor de volledigheid is de tekst uit de aanwijzing van de Kwaliteitswet zorginstellingen cursief opgenomen bij het betreffende risicoaspect in dit rapport en worden daaronder de specifieke bevindingen beschreven ten aanzien van de in de aanwijzing verwoorde voorwaarden.

In dit rapport worden de resultaten van het inspectiebezoek, weergegeven in een score per risicoaspect, gevolgd door een algemene beschouwing over de kwaliteit van de locatie Charis in relatie tot de gevonden risico's. De bevindingen zijn getoetst aan normen uit wet- en regelgeving en veldnormen. Het gaat om de volgende wetten:

- Kwaliteitswet Zorginstellingen;
- Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg;
- Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst;
- Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector;
- Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen.

Op de internetsite van de inspectie staat per risicoaspect een overzicht van deze normen uit wet- en regelgeving en veldnormen.

Achtereenvolgens komt in dit rapport aan de orde:

- hoe scoort Charis op de aanwezigheid van risico's? (hoofdstuk 2);
- beschouwing over de kwaliteit van Charis in relatie tot de scores op de risicoaspecten (hoofdstuk 3);
- welke acties moeten na dit inspectiebezoek volgen? (hoofdstuk 4).

## 2 Resultaten inspectiebezoek

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk leest u hoe Charis scoort op de aanwezigheid van risico's voor de cliënten op gezondheids- en/of welzijnsschade op ieder van de acht risicoaspecten. De scores zijn weergegeven op een vierpuntsschaal: afwezig tot gering risico, gering tot matig risico, matig tot hoog risico en hoog tot zeer hoog risico.

Het door de inspectie voorgestelde programma voor het bezoek is door het bestuur en de directie niet voldoende voorbereid waardoor er geen gesprekken hebben plaatsgevonden met cliënten. Ook is tijdens het bezoek met drie in plaats van met de door de inspectie gevraagde vier medewerkers gesproken die langer dan een half jaar in dienst zijn. Er is niet gesproken met bij Charis betrokken behandelaars en tot slot heeft de inspectie niet met het bestuur gesproken. De dag werd "ad hoc" ingevuld door de directeur waardoor het inspectiebezoek wat rommelig verliep. Voorafgaand aan het bezoek heeft de inspectie gesproken met de cliëntvertegenwoordigers van twee cliënten. Na het bezoek is gesproken met een medewerker die tijdens het bezoek niet aanwezig was. Verder heeft de inspectie gesproken met een ex-medewerker (orthopedagoog).

De scores zijn daardoor gebaseerd op gesprekken met de directeur van Charis, de cliëntvertegenwoordigers van de zes cliënten die nu bij Charis verblijven van wie 3 vertegenwoordigers in de cliëntenraad zitting hebben, een afvaardiging van de medewerkers en de pedagoog (begeleider-consulent). Bovendien heeft de inspectie tijdens het bezoek de dossiers van drie cliënten beoordeeld en diverse documenten ingezien.

De Stichting Woon- en Werkhuis Rotterdam heeft tot doel een goede zorgverlening aan personen die vanwege een stoornis in het autismespectrum niet zelfstandig kunnen wonen en een intensieve zorgvraag hebben. Dit doel heeft geresulteerd in woonzorg-project Charis te Oud-Beijerland ten behoeve van acht jong volwassenen met autisme, die geïndiceerd zijn voor een beschermde woonvorm. Een deel van deze cliënten heeft naast autisme een verstandelijke beperking. Tijdens het inspectiebezoek woonden zes cliënten bij Charis.

De zorg wordt betaald uit persoonsgebonden budgetten (PGB). Om het doel te realiseren biedt de stichting zorg als omschreven in de AWBZ in organisatorisch verband. Hiermee valt de stichting onder andere onder de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Naast het bestuur is er een directeur, een beleids-kwaliteitsmedewerker en een team. Het team bestaat uit twee begeleiders, vier assistent-begeleiders, een activiteitenbegeleider, een huishoudelijk medewerker en de directeur. Tevens werkt bij Charis een pedagoog die aangesteld is als begeleider-consulent. Met uitzondering van de begeleider-consulent die een contract heeft voor 16 uur, hebben alle (assistent)begeleiders een 0-uren contract.

De cliënten beschikken allen over een appartement en kunnen gebruik maken van de gezamenlijke ruimten zoals de woon- en eetkamer. De appartementen worden door de Stichting Woon- en Werkhuis Rotterdam onderverhuurd aan de cliënten, dan wel in een woonzorgarrangement aangeboden.

### 2.2 Zelfbepaling en medezeggenschap

#### *Omschrijving risicoaspect*

Zelfbepaling betekent dat mensen met een verstandelijke beperking het recht hebben om eigen keuzes te maken en hun leven in te vullen op hun eigen persoonlijke wijze, binnen de grenzen van de maatschappelijke aanvaardbaarheid. Dat betekent onder andere dat cliënten ervaring moeten kunnen opdoen met keuzemomenten; inspraak en inzage hebben in hun zorgplan; dat medewerkers

cliënten moeten kunnen aanspreken op hun mogelijkheden; dat de organisatie flexibel genoeg moet zijn om de keuzes in het dagelijkse leven en geïndividualiseerde zorgdoelen mogelijk te maken.

Medezeggenschap betekent dat zowel cliënten als cliëntvertegenwoordigers op de diverse niveaus binnen de zorginstelling (woongroep, locatie, regio en centraal) als collectief invloed moeten kunnen uitoefenen op besluiten in de organisatie die van invloed zijn op de positie van cliënten.

Een belangrijke voorwaarde om zelfbepaling en medezeggenschap vorm te kunnen geven is het informeren van cliënten en hun vertegenwoordigers op een voor hen begrijpelijke manier.

*Score november 2007*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			✓

*Score april 2008*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			✓

*Score oktober 2008*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			✓

*Score december 2008*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			✓

*Score april 2010*

<b>Afwezig tot gering risico</b>	<b>Gering tot matig risico</b>	<b>Matig tot hoog risico</b>	<b>Hoog tot zeer hoog risico</b>
		✓	

*Onderbouwing score*

Er is nu een cliëntenraad in het leven geroepen waar verwanten zitting in hebben maar de effecten daarvan moeten nog blijken. Omdat de collectieve medezeggenschap voor de cliënten zelf echter nog steeds niet goed geregeld is en het oordeel over de invloed die cliënten hebben op de invulling van hun eigen leven bij de cliëntvertegenwoordigers sterk uiteenloopt, is de score matig tot hoog risico van toepassing.

*Bevindingen*

De meeste cliënten zijn zelf, of samen met hun vertegenwoordigers, goed in staat om aan te geven welke wensen ze hebben ten aanzien van hun eigen leven (wonen, werken en vrije tijd). Een deel van de cliëntvertegenwoordigers vindt dat er goed naar de cliënten wordt geluisterd waar het gaat om de invulling van hun eigen leven. Toch staan de wensen van de cliënten ten aanzien van wonen, werken en vrije tijd volgens een ander deel van de cliëntvertegenwoordigers niet centraal en wordt de inbreng van de cliënten en hun vertegenwoordigers maar zeer beperkt gevraagd. Als cliënten en vertegenwoordigers hun wensen aangeven is de ervaring dat hier vervolgens niet naar wordt gehandeld omdat de structuur en de deskundigheid ontbreekt om de gemaakt keuzes te ondersteunen.

Alle cliënten hebben in principe een coach (persoonlijk begeleider). Één cliënt heeft onlangs aangegeven dat hij het niet goed kon vinden met zijn coach. Hij heeft toen een andere coach toegewezen gekregen.

De coach van een andere cliënt is onlangs uit dienst getreden. Sindsdien zijn de vertegenwoordigers van deze cliënt niet geïnformeerd wie de nieuwe coach is. Hierdoor hebben deze vertegenwoordigers binnen Charis geen direct aanspreekpunt en worden zij ook niet geïnformeerd over zorginhoudelijke zaken. Zij kunnen alleen contact opnemen met de directeur voor vragen en opmerkingen. Doordat deze cliëntvertegenwoordigers geen vertrouwen hebben in de directeur door de jarenlange problemen bij Charis, is dit contact vrijwel afwezig. Er zijn in het afgelopen jaar geen pogingen in het werk gesteld door de directeur of het bestuur om dit contact en het vertrouwen te herstellen.

Hoewel de instelling een christelijke identiteit heeft wordt volgens een deel van de cliëntvertegenwoordigers de zondagsrust niet gerespecteerd en is er volgens hun geen kerkgang. Zij hebben juist voor Charis gekozen vanwege de christelijke signatuur. Ook op dit punt kunnen dus niet alle cliënten de invulling aan hun leven geven die zij wensen.

Bij de kennismaking en intake van de cliënten wordt door de directeur gesteld dat Charis een beschermde woonvorm is voor cliënten met autisme en normale begaafdheid. Een deel van de cliënten heeft echter een verstandelijke beperking. Dit leidt tot teleurstellingen bij cliënten omdat de niveauverschillen zo groot zijn dat groepsactiviteiten niet aansluiten bij de mogelijkheden van alle cliënten.

Sinds februari 2010 is er een cliëntenraad opgericht. De eerste vergadering vond plaats op 25 maart jl. In de cliëntenraad hebben de vertegenwoordigers van drie cliënten zitting. Één van deze vertegenwoordigers is een dochter van de directeur, een andere cliëntvertegenwoordiger is de moeder van een cliënt die sinds half januari 2010 bij Charis woont en de derde cliëntvertegenwoordiger is de moeder van een cliënt die sinds april 2009 bij Charis woont.

De cliëntvertegenwoordiger die eind 2008 gevraagd is zitting te nemen in de cliëntenraad is tot haar verbazing niet uitgenodigd voor de vergadering die in maart 2010 heeft plaatsgevonden. De overige cliëntvertegenwoordigers waren niet op de hoogte van de oprichting van deze cliëntenraad of gevraagd hier zitting in te nemen. Het is de vraag of een cliëntenraad die op deze wijze in het leven is geroepen, voldoende draagvlak vindt bij de achterban.

Omdat de cliëntenraad nog maar kortgeleden is opgericht en de structuren rond de communicatie met cliëntvertegenwoordigers, cliënten en bestuur nog worden ontwikkeld, kan de inspectie nog geen oordeel vormen over de wijze waarop de cliëntenraad functioneert. Wel valt op dat de cliëntenraad niet goed op de hoogte is van enkele zaken binnen Charis. De cliëntvertegenwoordigers in de cliëntenraad verkeerden onder andere in de veronderstelling dat de cliënten nog bewonersvergaderingen hebben, terwijl dit al enige tijd geleden is gestopt. Ook was de cliëntenraad niet op de hoogte van het grote verloop onder het personeel in 2009.

De bewonersvergaderingen hebben in 2009 een paar keer plaatsgevonden. Volgens de directeur zijn de cliënten met autisme niet in staat om in dergelijke vergaderingen hun mening te uiten en hebben de vergaderingen tot onrust geleid onder de cliënten. Daarom vinden deze vergaderingen niet meer plaats maar worden volgens de directeur de bewoners individueel bevroegd over hun belevingen. De mening dat de bewonersvergaderingen onvoldoende opleveren en onrust veroorzaken wordt in dit opzicht niet door iedereen gedeeld.

Doordat de bewonersvergaderingen niet meer plaatsvinden en cliënten geen zitting hebben in de cliëntenraad, kunnen de cliënten hun wensen niet als groep kenbaar maken. Zij kunnen wel hun vragen en ideeën in een ideeënbus deponeren bij de cliëntenraad. Het is echter de vraag of cliënten hiertoe in staat zijn en of dit uitnodigend genoeg is voor de cliënten van Charis.

## 2.3 Individuele planning en ondersteuning

### *Omschrijving risicoaspect*

Voor iedere cliënt is een individueel ondersteuningsplan beschikbaar dat aansluit op zijn ondersteuningsvragen; dat vanuit het cliëntperspectief concreet geformuleerde doelen bevat; dat tot stand is gekomen in samenwerking met de cliënt en zonodig in samenspraak met zijn vertegenwoordiger; waaraan de relevante disciplines een zichtbare bijdrage hebben geleverd.

Hierbij is er aandacht voor de professionele standaarden: is duidelijk welke zorg een cliënt van de zorgverlener vraagt; welke professionele ondersteuning nodig is om deze doelen te halen, en wie (eind)verantwoordelijk is voor het geheel en mogelijke deelaspecten van de uitvoering, evaluatie en bijstelling van het zorgplan?

De uitvoering van de zorg en ondersteuning is gerelateerd aan de inhoud van het ondersteuningsplan. Het ondersteuningsplan bevat duidelijke richtlijnen voor het dagelijks handelen.

Het ondersteuningsplan wordt regelmatig met alle relevante betrokkenen geëvalueerd en zo nodig bijgesteld: minimaal een keer per jaar en zo nodig vaker. Afwijkingen op deze frequentie worden gedocumenteerd.

Binnen een half jaar na opname is een eerste ondersteuningsplan gereed.

Hiernaast wordt de ondersteuningsplansystematiek periodiek getoetst op zijn werkbaarheid, bijvoorbeeld met behulp van de ZIP-methodiek of met behulp van een ander instrument.

### *Score november 2007*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score april 2008*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score oktober 2008*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
		√	

### *Score december 2008*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
		√	

### *Score april 2010*

<b>Afwezig tot gering risico</b>	<b>Gering tot matig risico</b>	<b>Matig tot hoog risico</b>	<b>Hoog tot zeer hoog risico</b>
		√	

Aanwijzing Kwaliteitswet zorginstellingen: *Voor iedere cliënt moet een zorgplan zijn opgesteld en vastgesteld. Bij de totstandkoming van dit zorgplan dient de cliënt en/of diens wettelijk vertegenwoordiger aantoonbaar te zijn betrokken. Zo moet duidelijk zijn welke invulling de cliënten willen geven aan wonen, werken of dagbesteding en vrije tijd. Ook dient de gedragsdeskundige bij het opstellen van de het zorgplan aantoonbaar betrokken te zijn. De in het zorgplan genoemde doelen moeten specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden (SMART) zijn. Tot slot moet in het zorgplan of in het dossier van de cliënt staan of de cliënt al dan niet wilsbekwaam is.*

Aanwijzing Kwaliteitswet zorginstellingen: *Uit het dossier van de cliënt moet aantoonbaar blijken dat er aan de, in het zorgplan SMART geformuleerde doelen, gewerkt wordt en aan de hand van deze doelen rapportage plaatsvindt. Verder dienen evaluatieafspraken helder en op schrift gesteld te zijn en moeten de zorgplannen minimaal één keer per jaar geëvalueerd worden aan de hand van de doelen.*

#### *Onderbouwing score*

Op het gebied van de individuele planning en ondersteuning blijft de score matig tot hoog risico, omdat voor twee van de zes cliënten het zorgplan niet in dialoog met de cliënten en de vertegenwoordigers tot stand is gekomen en niet is vastgesteld. Daarnaast hebben twee cliënten een vastgesteld zorgplan en hebben twee nieuwe cliënten nog een conceptzorgplan. Verder is de rapportage (aan de hand van de doelen) voor verbetering vatbaar. De inspectie stelt vast dat niet is voldaan aan de aanwijzing.

#### *Bevindingen*

De zorgplannen worden opgesteld door de begeleider-consultant in overleg met de directeur. De plannen worden vastgesteld in een overleg waaraan de directeur, de coach en de ouders of wettelijk vertegenwoordigers deelnemen.

De doelen worden volgens de begeleider-consultant elk half jaar in de teamvergaderingen geëvalueerd en één keer per jaar met de cliëntvertegenwoordigers en eventueel de cliënt.

Er is een rooster waarin staat wanneer de zorgplannen geëvalueerd moeten worden. Tot op heden heeft dit geleid tot de evaluatie van één zorgplan. De inspectie heeft over de evaluatie hiervan echter in het dossier geen rapportage kunnen terugvinden. Het is daarom niet duidelijk of de evaluatie heeft geleid tot aanpassingen in het zorgplan waardoor de navolgbaarheid te wensen over laat. Omdat de evaluatietermijnen van de andere zorgplannen nog niet verstreken zijn, heeft de inspectie nog niet kunnen toetsen of cliënten en ouders uitgenodigd worden voor de evaluaties en of de evaluaties tot aanpassingen van het zorgplan leiden.

De inspectie heeft tijdens het dossieronderzoek drie dossiers kunnen inzien. Voor inzage in de andere dossiers hebben de cliëntvertegenwoordigers volgens de directeur geen toestemming gegeven. Daarom heeft de inspectie niet kunnen vaststellen of alle cliënten nu een (concept)zorgplan hebben. Uit gesprekken met de cliëntvertegenwoordigers bleek echter dat er voor twee cliënten geen vastgesteld zorgplan is dat tot stand is gekomen in dialoog met de cliënten en de vertegenwoordigers. De door de cliëntvertegenwoordigers aangedragen input is in deze zorgplannen niet verwerkt. De verstoorde relatie tussen de vertegenwoordigers van twee cliënten en de directie en het bestuur ligt hieraan ten grondslag. Goede communicatie en samenwerking met de cliënt en de vertegenwoordigers is een voorwaarde om te komen tot een goed zorgplan. Hier is in Charis echter onvoldoende aandacht voor.

Een deel van van de cliëntvertegenwoordigers merkt op dat de medewerkers afspraken, die verwoord zijn in de zorgplannen, onvoldoende ten uitvoer brengen. Zij geven aan dat ondersteuningsafspraken over het op orde houden van appartementen en de lichamelijke verzorging niet worden nagekomen. Cliënten

worden volgens hen wat dat betreft aan hun lot overgelaten. Er wordt ze geen structuur aangeboden waardoor de appartementen erg rommelig zijn en cliënten lange tijd onvoldoende aandacht besteden aan hun lichamelijke verzorging. Er zijn weliswaar afspraken over de wijze van begeleiding van cliënten als ze boos zijn, maar daar wordt niet naar gehandeld met het gevolg dat er escalaties plaatsvinden. Ook op dit punt zijn diverse partijen het niet met elkaar eens. Medewerkers geven namelijk zelf aan dat zij voldoende bekend zijn met de inhoud van de zorgplannen en hiernaar handelen.

Volgens de werkwijze schrijft de begeleider-consulent de zorgplannen. Een deel van de cliëntvertegenwoordigers heeft aangegeven hier niet van op de hoogte te zijn en de begeleider-consulent niet te kennen. Mede doordat de begeleider-consulent sinds december 2009 in dienst is, heeft de dialoog omtrent het zorgplan tussen ouders, cliëntvertegenwoordigers en begeleider-consulent dus niet in alle gevallen plaatsgevonden.

De zorgplannen zijn evenals in 2008 opgesteld volgens een nieuw format. In elk zorgplan zijn drie doelen geformuleerd waaraan gewerkt wordt. Voor de domeinen wonen, dagbesteding en psychisch welbevinden heeft elke cliënt één doel. Hoewel cliënten bij de intake een zeer uitgebreide vragenlijst moeten invullen met al hun ondersteuningsvragen en wensen, zijn de geformuleerde doelen algemeen van aard en is de wens van de individuele cliënt niet of nauwelijks terug te vinden. De doelen van de verschillende dossiers zijn voor de betreffende cliënten vrijwel hetzelfde en dus onvoldoende geïndividualiseerd. De opgestelde doelen bleken tijdens het laatste inspectiebezoek wel SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdgebonden) te zijn.

Rapportages vinden plaats aan de hand van vragen die corresponderen met de doelen in het zorgplan. De vragen die beantwoord moeten worden bij het schrijven van de rapportage nodigen echter niet uit tot een rapportage die gebruikt kan worden om de doelen te evalueren. De rapportages zijn door de vraagstelling te summier om te beoordelen of een doel daadwerkelijk invulling krijgt. In de dossiers die zijn ingezien is de rapportage van elke dag- en elke avonddienst ingevuld.

In de beoordeelde dossiers zijn signaleringsplannen aangetroffen. Twee signaleringsplannen waren in tabelvorm opgezet. Het derde signaleringsplan was een beschrijvend stukje tekst en gaf niet helder het gedrag van de cliënt weer en de wijze waarop de medewerkers met dit gedrag dienen om te gaan om escalaties te voorkomen. De andere twee signaleringsplannen waren wel inzichtelijk maar te weinig uitgewerkt, waardoor niet helder was op welke manier de medewerkers moeten reageren bij bepaalde gedragingen van de cliënten. Hierdoor bieden de signaleringsplannen weinig houvast voor de medewerkers. De signaleringsplannen zijn door de begeleider-consulent opgesteld in overleg met het team. De signaleringsplannen corresponderen met de doelen van het zorgplan waarop moet worden gerapporteerd.

De verklaringen van wilsonbekwaamheid die zijn aangetroffen, zijn niet door een deskundige op dit gebied opgesteld. De teamleden zijn betrokken geweest bij het opstellen van deze verklaringen. Deze verklaringen zijn de uitspraken van de kantonrechter over mentor- of curatorschap aangevuld met een heel globale weergave dat cliënten zelf de dagelijkse keuzes kunnen maken en de cliëntvertegenwoordigers over de andere zaken beslissen. Op welke gebieden de cliënten wilsbekwaam of wilsonbekwaam zijn, kan nog steeds niet in de dossiers worden teruggevonden.

In de dossiers is informatie omtrent diagnostiek aangetroffen. Een vertaling van de diagnostiek naar de praktijk heeft de inspectie nu in twee dossiers aangetroffen.

Vanwege het grote verloop onder het personeel en de beperkte deskundigheid van de teamleden is deze vertaalslag van belang.

## 2.4 Individuele planning dagbesteding

### *Omschrijving risicoaspect*

Voor iedere cliënt is er een individueel activiteitenplan beschikbaar dat aansluit op zijn ondersteuningsvragen; dat vanuit het cliëntperspectief concreet geformuleerde doelen bevat; dat tot stand is gekomen in samenwerking met de cliënt en zonodig in samenspraak met zijn vertegenwoordiger; waaraan de relevante disciplines een zichtbare bijdrage hebben geleverd.

Hierbij is er aandacht voor de professionele standaarden: is duidelijk welke (ondersteuning bij de) dagactiviteiten een cliënt van de zorgverlener vraagt, welke professionele ondersteuning precies nodig is om deze doelen te halen, en wie (eind)verantwoordelijk is voor het geheel en mogelijke deelaspecten van de uitvoering, evaluatie en bijstelling van het activiteitenplan?

Het activiteitenplan bevat duidelijke richtlijnen voor de dagelijkse uitvoering. Het wordt bij voorkeur tenminste eenmaal per jaar met alle betrokkenen geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Hiernaast wordt de systematiek van het maken van activiteitenplannen periodiek getoetst, bijvoorbeeld met behulp van de ZIP-methodiek of met behulp van een ander instrument.

In het activiteitenplan wordt aangegeven op welke wijze afstemming plaatsvindt met het ondersteuningsplan, dan wel op welke gronden men afziet van een afstemming tussen activiteitenplan en ondersteuningsplan.

### *Score november 2007*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score april 2008*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score oktober 2008*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score december 2008*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score april 2010*

<b>Afwezig tot gering risico</b>	<b>Gering tot matig risico</b>	<b>Matig tot hoog risico</b>	<b>Hoog tot zeer hoog risico</b>
		√	

Aanwijzing Kwaliteitswet zorginstellingen: *Voor iedere cliënt moet een zorgplan zijn opgesteld en vastgesteld. Bij de totstandkoming van dit zorgplan dient de cliënt en/of diens wettelijk vertegenwoordiger aantoonbaar te zijn betrokken. Zo moet duidelijk zijn welke invulling de cliënten willen geven aan wonen, werken of dagbesteding en vrije tijd. Ook dient de gedragsdeskundige bij het opstellen van de het zorgplan aantoonbaar betrokken te zijn. De in het zorgplan genoemde doelen moeten specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden (SMART) zijn. Tot slot moet in het zorgplan of in het dossier van de cliënt staan of de cliënt al dan niet wilsbekwaam is.*

#### *Onderbouwing score*

Een deel van de cliëntvertegenwoordigers is tevreden over het aanbod van dagbesteding, werk en activiteiten in de vrije tijd. Omdat nog steeds door een ander deel van de vertegenwoordigers wordt aangegeven dat de dagbesteding en de invulling van vrije tijd onvoldoende is en niet aansluit bij de behoeften van de cliënten is de score matig tot hoog risico van toepassing. De inspectie stelt vast dat niet aan de aanwijzing is voldaan.

#### *Bevindingen*

Sinds maart 2009 heeft Charis een assistent-begeleider in dienst die wordt ingezet als activiteitenbegeleider. Zij werkt 11 uur in de week verdeeld over twee dagen en onderneemt activiteiten met cliënten en is ook betrokken bij het vinden van geschikt werk of dagbesteding voor de cliënten.

Een deel van de cliëntvertegenwoordigers is tevreden over het aanbod op het gebied van werk en dagbesteding. Zij geven aan dat er actief gezocht wordt door de instelling naar geschikt werk en dagbesteding dat aansluit bij de wensen en de vermogens van de cliënten.

Een ander deel van de cliëntvertegenwoordigers gaf aan dat hun verwanten werk of dagbesteding hebben dankzij het feit dat zij dit zelf geregeld hebben. De afspraken die hierover waren gemaakt met de directeur zijn telkens niet doorgegaan waardoor de vertegenwoordigers zich genoodzaakt zagen om zelf het heft in handen te nemen en werk of dagbesteding te regelen. Ook geven deze vertegenwoordigers aan dat de cliënten zich regelmatig vervelen omdat er in de vrije tijd te weinig aanbod is van activiteiten die aansluiten bij de wensen en het niveau van de cliënten. De niveauverschillen tussen de cliënten is te groot om in groepsverband iets te doen dat alle cliënten aanspreekt. Daarnaast is de spanningsboog van cliënten niet groot genoeg om in groepsverband activiteiten te ondernemen. Meer maatwerk is hier gewenst. De indruk bestaat onder vertegenwoordigers dat de (assistent)begeleiders zich onvoldoende actief opstellen om met de cliënten activiteiten te ondernemen.

Volgens een deel van de vertegenwoordigers gaan de activiteiten die door Charis worden aangeboden op het gebied van sporten in de sporthal, zwemmen en creativiteit om diverse redenen vaak niet door. Een ander deel van de vertegenwoordigers en de medewerkers geeft echter aan dat de activiteiten over het algemeen wel doorgang vinden.

Het komt nog steeds voor dat cliënten mee moeten naar activiteiten terwijl zij hier geen zin in hebben. Ook komt het voor dat cliënten worden uitgesloten van activiteiten omdat hun gedrag te storend zou zijn voor de omgeving. Alternatieven worden hiervoor niet gezocht. Ook in dit opzicht staat de individuele cliënt niet centraal maar wordt uitgegaan van de groep.

## 2.5 Deskundigheid personeel

### *Omschrijving risicoaspect*

Deskundig personeel is in staat om de gevraagde ondersteuning te bieden aan cliënten, voldoet aan de eisen die aan de functie(s) worden gesteld, is waar nodig bekwaam en bevoegd om specifieke functie(s) uit te oefenen.

De organisatie schept hiertoe de voorwaarden. Uit onderzoek blijkt dat de mate waarin medewerkers zich ondersteund voelen door deskundigen en management een directe relatie heeft met de kwaliteit van de geboden ondersteuning.

Tevens moet de organisatie er voor zorgen dat duidelijk is welke eisen worden gesteld aan het handelen, dat medewerkers bevoegd en bekwaam zijn en blijven - zowel qua opleiding, scholing en ervaring als qua attitude en bejegening - en dat getoetst wordt of de medewerkers handelen volgens de richtlijnen/afspraken.

### *Score november 2007*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score april 2008*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score oktober 2008*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score december 2008*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score april 2010*

<b>Afwezig tot gering risico</b>	<b>Gering tot matig risico</b>	<b>Matig tot hoog risico</b>	<b>Hoog tot zeer hoog risico</b>
			√

Aanwijzing Kwaliteitswet zorginstellingen: *Er moet voldoende en deskundig (gerelateerd aan de aard van de beperkingen van de cliënten) personeel bij de instelling werkzaam en aanwezig zijn ten behoeve van de begeleiding en dagbesteding van cliënten. Dit betekent dat er voldoende en deskundig huishoudelijk en begeleidend personeel is. Tevens dient de formatie van de gedragsdeskundigen en de structurele inbedding in de organisatie van de gedragsdeskundige discipline van dien aard te zijn dat er te allen tijde een beroep op de gedragsdeskundigen gedaan kan worden en zij gevraagd en ongevraagd kunnen adviseren, en dat hieraan ook gevolg wordt gegeven.*

Aanwijzing Kwaliteitswet zorginstellingen: *Medewerkers dienen voldoende te worden geschoold. Hiertoe dient voor iedere individuele medewerker een scholingsplan te worden opgesteld. Iedere medewerker dient in ieder geval te zijn/worden geschoold op de volgende aspecten: het beheersen van agressie bij crisissituaties, kennis over het omgaan met cliënten met een stoornis in het autistische spectrum, het verstrekken en uitdelen van medicijnen en de methodiek rond het schrijven van zorgplannen.*

Aanwijzing Kwaliteitswet zorginstellingen: *De intake bij nieuwe cliënten moet beter worden vormgegeven, zodat alleen die cliënten in de instelling verblijven waaraan de instelling, gelet op de kwantiteit en kwaliteit van het personeel verantwoorde zorg kan verlenen. De gedragsdeskundige dient bij deze intakeprocedure betrokken te worden en een adviserende taak te krijgen.*

Aanwijzing Kwaliteitswet zorginstellingen: *De verantwoordelijkheidstoedeling en taaktoedeling aan de medewerkers moet duidelijk en eenduidig en toegesneden zijn op de deskundigheden en bevoegdheden van die medewerkers.*

#### *Onderbouwing score*

Dit risicoaspect scoort nog steeds een hoog tot zeer hoog risico omdat er onvoldoende invulling wordt gegeven aan de gedragsdeskundige formatie, de taaktoedeling van de bij Charis werkzame pedagoog (begeleider-consulent) veel overlap heeft met die van de (assistent)begeleiders en de (bij)scholing vaak slechts door een deel van het team gevolgd wordt. Tevens stelt de inspectie vast dat niet wordt voldaan aan de voorwaarden van de aanwijzing.

#### *Bevindingen*

Het team bestaat momenteel uit vier assistent-begeleiders van wie één de activiteitenbegeleider is. Twee van deze assistent-begeleiders zijn sinds januari 2010 bezig met een schriftelijke SPW-3 opleiding van anderhalf jaar. Een andere assistent-begeleider volgt de SPW-4 opleiding en de andere assistent-begeleider heeft diverse cursussen gevolgd en is "ervaringsdeskundige". Verder werken er twee begeleiders. De ene begeleider heeft een afgeronde SPW-4 opleiding en de andere begeleider een HBO opleiding die volgens de directeur vergelijkbaar is met SPW-4. Verder werkt er een begeleider-consulent die HBO-pedagogiek heeft gevolgd en ingezet wordt als gedragsdeskundige. Daarnaast zijn er een huishoudelijk medewerker en de directeur die, bij monde van de advocaat van de instelling, een eerste graads bevoegdheid stelt te hebben als psycholoog en pedagoog. Met uitzondering van de begeleider-consulent die een contract heeft voor 16 uur in de week, hebben de medewerkers 0-uren contracten.

Sinds december 2008 is het volledige team vernieuwd. In het beleid met betrekking tot werving en selectie is nu omschreven dat ervaring en scholing bepalend zijn voor aanname. Hierdoor zou de deskundigheid van het team moeten verbeteren. Toch blijkt uit bovenstaande dat er nog steeds medewerkers bij Charis werken die (nog) geen relevante opleiding hebben afgerond.

Er is een scholingsplan voor de komende drie jaar opgesteld. De onderwerpen waarop scholing wordt gegeven komen overeen met de aanwijzing. Er wordt scholing gegeven met betrekking tot medicatieveiligheid, omgaan met agressie, kennis van autisme en zorgplansystematiek. Daarnaast worden onder andere cursussen en workshops gegeven met betrekking tot observeren, rapporteren en omgaan met signaleringsplannen, BHV en EHBO. In tegenstelling tot de eis die hierover in de aanwijzing staat is dit plan gemaakt voor het gehele team. Er wordt niet langer gewerkt met individuele scholingsplannen. Hierdoor wordt geen "maatwerk" geleverd en bestaat de kans dat medewerkers niet de scholing krijgen die zij als individu nodig hebben om goed te kunnen functioneren.

De inspectie heeft inzage gehad in de aftekenlijsten waarop staat welke medewerkers de aangeboden scholingen hebben gevolgd. Deze aftekenlijsten moeten ondertekend worden door de betreffende medewerkers als zij de scholing hebben gevolgd of als zij kennis hebben genomen van het schriftelijk materiaal van de scholing. Het is dus niet verplicht gesteld om de scholing daadwerkelijk bij te wonen. Hierdoor is het de vraag of het effect van de cursussen en workshops voldoende is. Overigens waren enkele formulieren "in opdracht" getekend en niet door de betreffende medewerkers zelf.

De formulieren waren niet geheel up-to-date of onvolledig ingevuld waardoor er geen betrouwbaar beeld is wie welke scholing heeft gevolgd. Het gevaar bestaat

hierdoor dat er geen continuïteit zit in scholing en bijscholing van medewerkers waardoor de deskundigheid van het team en de individuele medewerkers in gevaar is.

Teamvergaderingen vonden het afgelopen jaar zeer onregelmatig plaats. Sinds eind 2009 worden de teamvergadering vrijwel maandelijks gehouden. De inspectie heeft hier notulen van aangetroffen. Uit de notulen blijkt dat er tijdens de vergaderingen slechts drie a vier teamleden aanwezig waren. Voorafgaand aan de teamvergaderingen worden workshops gegeven. Hier zijn ook telkens maar drie a vier medewerkers bij aanwezig, waardoor de teamvergaderingen en de workshops hun doel voorbij schieten.

De begeleider-consulent die wordt ingezet als gedragsdeskundige is betrokken bij het stellen van de zorgplannen en de intakeprocedure en heeft zitting in het consulentenoverleg. Deze begeleider-consulent werkt tevens als begeleider op de groep. Het is de vraag hoeveel tijd zij daardoor over heeft om haar taken als gedragsdeskundige waar te maken en het team te ondersteunen met de benodigde deskundigheid.

Hoewel de begeleider-consulent cursussen met betrekking tot autisme heeft gevolgd, is de inspectie van mening dat zij gezien haar opleiding (HBO-pedagogiek) onvoldoende deskundig is en onvoldoende "gewicht" heeft om het huidige team te ondersteunen in de begeleiding van de cliënten, die vanwege hun problematiek een moeilijke doelgroep vormen.

Overigens heeft Charis in 2009 een groot deel van het jaar gewerkt zonder (ortho)pedagoog doordat het dienstverband van de orthopedagoog in maart 2009 eindigde en de huidige begeleider-consulent in december 2009 in dienst kwam. De directeur gaf aan dat Charis geen behandelfunctie heeft en dat daarom een gedragsdeskundige niet noodzakelijkerwijs in dienst genomen hoeft te worden. Gezien de problematiek van de cliënten en de samenstelling van het team is de inspectie van mening dat het wel degelijk van belang is om gedragsdeskundige expertise in de organisatie in te bedden voor de juiste begeleiding en ondersteuning van de cliënten. Dit komt ook tot uiting in de aanwijzing die de Staatssecretaris in 2008 heeft gegeven.

Voor de intake van de cliënten heeft Charis per 1 september jl. een procedure vastgesteld. Daarin is opgenomen dat de gedragsdeskundige een advies geeft over de plaatsing van de nieuwe cliënt. De begeleider-consulent heeft tijdens het bezoek aangegeven dat zij inmiddels bij één intake betrokken is geweest om het schriftelijk materiaal te beoordelen en daarnaast heeft zij een gesprek met de potentiële cliënt gehad. Omdat de cliënt niet op zijn plaats zou zijn bij Charis, gezien zijn complexe problematiek, heeft de intake niet tot opname geleid. Bij de andere intakes van twee cliënten die in januari zijn gekomen is de begeleider-consulent echter niet betrokken geweest. Omdat de intakeprocedure slechts bij de intake van één cliënt is gevolgd, kan nog geen gedegen oordeel worden gegeven over werking van de procedure.

De inspectie heeft voorafgaand aan het bezoek de functieomschrijvingen van de teamleden ontvangen. De functieomschrijvingen zijn helder. Omdat de activiteitenbegeleider echter op het personeelsoverzicht staat als assistent-begeleider is voor deze functie geen aparte functieomschrijving beschikbaar. De functies en de taken en verantwoordelijkheden zijn weliswaar onderscheiden maar hebben ook veel overlap. Dit geldt met name voor de activiteitenbegeleider, maar ook voor de begeleider-consulent die de gewone coachingstaken uitvoert met nog wat extra taken zoals de intake van cliënten, het maken van signaleringsplannen en de bijdrage aan het consulententeam.

Er is momenteel geen sprake van coaching van cliënten door de huishoudelijk medewerker en de activiteitenbegeleider. Wel is nu de directeur coach van een van de cliënten.

In de functieomschrijving van de assistent-begeleider staat dat deze kan terugvallen op de begeleider. Doordat het team maar twee begeleiders heeft, komt het vaak voor dat de assistent-begeleiders alleen staan of worden geholpen door een stagiaire. Hierdoor kan een assistent-begeleider alleen telefonisch terugvallen op de begeleiders of op de directeur. Dit is een kwetsbare situatie.

De werkrelatie met de directeur wordt door een deel van het team als goed bestempeld. De medewerkers met wie de inspectie tijdens het bezoek heeft gesproken waren zeer positief en gaven aan dat het nieuwe team goed op elkaar is ingespeeld. Toch heeft de inspectie over deze werkrelatie ook andere geluiden gehoord van een medewerker. Deze geluiden bevestigen het beeld dat de ex-medewerker (orthopedagoog) liet horen.

Een deel van de cliëntvertegenwoordigers geeft aan dat de medewerkers onvoldoende deskundig zijn om de puberende cliënten goed te begeleiden en in de begeleiding duidelijke grenzen aan te geven.

## 2.6 Diagnostiek en signalering

### *Omschrijving risicoaspect*

De organisatie draagt er zorg voor dat signalen en behoeften van individuele cliënten tijdig en juist worden geïnterpreteerd en dat hier op een professionele wijze mee wordt omgegaan, in ieder geval voor wat betreft het sociaal-emotioneel, cognitief en somatisch functioneren.

Diagnostiek heeft tot doel de achterliggende problematiek van de cliënt op de genoemde functiegebieden zichtbaar te maken. Op basis hiervan ontstaat een beeld van de cliënt en zijn manier van reageren.

Signalering heeft tot doel tijdig afwijkingen te constateren van dit basisbeeld en daar op een professionele wijze op te anticiperen.

Indien er sprake is van specifieke doelgroepen, heeft de organisatie in beeld welke aan deze doelgroepen gerelateerde signalen en behoeften men kan verwachten.

### *Score november 2007*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score april 2008*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score oktober 2008*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score december 2008*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score april 2010*

<b>Afwezig tot gering risico</b>	<b>Gering tot matig risico</b>	<b>Matig tot hoog risico</b>	<b>Hoog tot zeer hoog risico</b>
		√	

Aanwijzing Kwaliteitswet zorginstellingen: *Voor de deskundigheden die de instelling niet in huis heeft dient de instelling schriftelijk afspraken te maken met andere instellingen om structureel voldoende deskundigheid te kunnen betrekken van die andere instellingen.*

*Deskundigheden die nog vereist zijn, betreffen onder meer de psychologische en psychiatrische discipline alsmede die van een arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG).*

#### *Onderbouwing score*

Het verloop onder het personeel is in 2009 groot geweest en de deskundigheid van het team was nog onvoldoende, waardoor er gevaar bestond op onvoldoende signalerend vermogen. Uit enkele documenten blijkt dat er overeenkomsten zijn met een psychiater en een AVG bij wie consultverzoeken zijn gedaan. Daarom scoort dit onderwerp nu een matig tot hoog risico. De inspectie constateert met betrekking tot dit risico-aspect dat nu wel wordt voldaan aan de voorwaarden van de aanwijzing.

#### *Bevindingen*

Charis heeft nu een paar samenwerkingsafspraken gemaakt. Het gaat hier om het consulteren van een psychiater en een AVG. De inspectie heeft voorafgaand aan het bezoek een overzicht ontvangen met daarop enkele consultverzoeken die in 2009 en 2010 hebben plaatsgevonden. Omdat de inspectie slechts een deel van de dossiers heeft kunnen inzien heeft zij deze bezoeken in de dossiers niet kunnen verifiëren.

De inspectie heeft notulen aangetroffen van de overleggen van het consultantenteam van december 2009, januari en februari 2010. De vergaderingen zijn bijgewoond door de directeur en de begeleider-consultant. Van de mogelijkheid om andere disciplines uit te nodigen is geen gebruik gemaakt. Er is dus geen sprake van een multidisciplinair overleg.

De aanwezigheid van een gedragsdeskundige in de teamvergaderingen kan het signalerend vermogen van het team verbeteren. Doordat de teamvergaderingen echter niet met vaste regelmaat hebben plaatsgevonden het afgelopen jaar, er geen gedragsdeskundige in dienst was gedurende een groot deel van het jaar en telkens maar een deel van het team de vergaderingen bijwoonde is dit effect op het signalerend vermogen van het team gering.

Een deel van de cliëntvertegenwoordigers klaagt dan ook over ondersignalering, zowel op somatisch als op psychisch vlak. Zo worden zaken als voetschimmel, maar ook psychoses niet opgemerkt. Het gevolg is dat hier niet adequaat op wordt gereageerd, zelfs niet als cliëntvertegenwoordigers op dergelijke signalen wijzen en vragen er actie op te nemen.

Overigens heerst ook hier verdeeldheid onder de cliëntvertegenwoordigers want een deel van hen is tevreden over het signalerend vermogen van het team. Zij vinden dat het team voldoende signaleert en de bevindingen ook goed en snel met hen bespreekt.

In de dossiers die de inspectie heeft ingezien is de diagnostiek nu wel terug te vinden, waarbij in twee dossiers een vertaalslag is gemaakt naar de praktijk.

Gezien het feit dat er veel wisselingen zijn in het personeelsbestand, met medewerkers gewerkt wordt die nog maar pas een opleiding volgen en de deskundigheid van de begeleider-consultant discutabel is, blijft de signalering een punt van aandacht.

## 2.7 Veiligheid

### *Omschrijving risicoaspect*

Het begrip veiligheid heeft een objectieve en subjectieve component.

De objectieve component heeft betrekking op algemeen geldende, objectieve veiligheidsaspecten en maatregelen, neergelegd in richtlijnen en calamiteitenplannen op het terrein van bijvoorbeeld medicatie, het gebruik van medische hulpmiddelen, communicatie, fouten en (bijna)ongelukken, klachten en seksueel misbruik.

De subjectieve component heeft betrekking op een subjectief ervaren veiligheid, waarin zaken als een gevoel van geborgenheid en een goed verlopende communicatie een rol spelen. Deze subjectieve veiligheid uit zich op terreinen als privacy, bejegening, informatie en grensoverschrijdend gedrag.

De organisatie draagt er zorg voor dat beide componenten goed zijn geborgd door het hebben, toepassen en continu onderhouden van beleid op deze terreinen. Hierbij is een goed evenwicht tussen veiligheidsprocedures en het gezonde verstand van medewerkers van belang.

### *Score november 2007*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score april 2008*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score oktober 2008*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score december 2008*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score april 2010*

<b>Afwezig tot gering risico</b>	<b>Gering tot matig risico</b>	<b>Matig tot hoog risico</b>	<b>Hoog tot zeer hoog risico</b>
			√

Aanwijzing Kwaliteitswet zorginstellingen: *Er moet een procedure voor crisissituaties vastgesteld en geïmplementeerd worden. Voorts moet de instelling met andere zorginstellingen in de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg schriftelijk structurele afspraken maken over crisisopvang van cliënten.*

### *Onderbouwing score*

Met betrekking tot veiligheid blijft de score hoog tot zeer hoog gehandhaafd, omdat de communicatie vanuit de directie en het bestuur met een aantal cliënten en vertegenwoordigers niet goed is en een deel van de cliënten en cliëntvertegenwoordigers weinig vertrouwen heeft in Charis. Er wordt gedeeltelijk voldaan aan de voorwaarden van de aanwijzing.

### *Bevindingen*

Een deel van de vertegenwoordigers vindt dat de directeur nog steeds op alle aspecten van de ondersteuning van de cliënten te veel invloed heeft. Nu bij Charis een dochter van de directeur cliëntvertegenwoordiger is en een andere dochter van de directeur is aangesteld als beleidsmedewerker, krijgen sommige vertegenwoordigers weer opnieuw het gevoel dat er sprake is van belangenverstrengeling.

De cliëntvertegenwoordigers van twee cliënten voelen zich niet welkom bij Charis. Zij geven aan dat zij niet, of op onbeleefde wijze te woord worden gestaan door zowel de directeur als door sommige medewerkers en dat zij te horen hebben gekregen niet welkom te zijn in de gemeenschappelijke ruimten en niet te mogen praten met andere cliënten. Dat de bejegening van cliëntvertegenwoordigers door de directeur niet professioneel is heeft de inspectie tijdens het bezoek ook kunnen constateren.

Andere cliëntvertegenwoordigers hebben overigens tegenovergestelde ervaringen.

Dat de communicatie met cliënten en hun vertegenwoordigers niet goed is, is onder andere hiervoor bij 2.2 geïllustreerd met betrekking tot de wijze waarop Charis door de directeur tijdens een kennismakingsgesprek is weergegeven als een woonzorg-project voor cliënten met een normale begaafdheid terwijl er cliënten verblijven met een verstandelijke beperking.

Twee vertegenwoordigers van cliënten geven aan dat zij nog steeds aan het gedrag van hun kinderen merken dat ze zich niet veilig voelen in Charis. Een van de cliënten wordt volgens de vertegenwoordigers genegeerd. Door de directeur van Charis wordt aangegeven dat de betreffende cliënten juist problemen hebben met hun ouders. Dit illustreert hoe groot de verschillen van mening zijn en hoe weinig vertrouwen er is tussen directeur en vertegenwoordigers. Naar oplossingen voor deze vertrouwensbreuk is het afgelopen jaar niet gezocht.

Charis heeft per 1 september 2008 een crisisprocedure vastgesteld. In de procedure wordt verwezen naar signaleringsplannen van de cliënten.

In de procedure is een achterwacht-functie beschreven die wordt vervuld door de begeleiders en assistent-begeleiders die vrij zijn maar wel oproepbaar moeten zijn. Tijdens de vorige inspectiebezoeken bleek dat deze achterwacht zonodig moet komen assisteren. De directeur geeft aan dat er achterwachtfuncties worden vervuld door mensen die in de buurt van Charis wonen. Doordat de betreffende achterwachtfuncties niet worden ingeroosterd kan het zijn dat de achterwacht (die vrij is) andere bezigheden heeft en niet snel ter plekke kan zijn. Het is daarom een kwetsbaar systeem en het is de vraag of in crisissituaties altijd verantwoord gehandeld kan worden.

Het calamiteitenprotocol verwijst naar de crisisprocedure, waardoor het protocol en de procedure op elkaar aansluiten.

Voor één cliënt, die inmiddels niet meer bij Charis verblijft, ware individuele afspraken gemaakt met een andere zorgaanbieder over het vinden van een crisisplek in geval van crisis.

In de aanwijzing van de Staatssecretaris staat dat Charis schriftelijk structurele afspraken moet maken voor crisisopvang van cliënten met andere zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Omdat Charis zelf geen crisisbed ter beschikking heeft, is het niet mogelijk om deel te nemen aan de regionale crisisopvang. In de crisisprocedure van Charis staat wel aangegeven hoe men kan toewerken naar een crisisplaatsing als dit nodig mocht zijn.

Medewerkers vullen fobo-formulieren in bij fouten en ongevallen. Die formulieren worden door de directeur gelezen en besproken in het consulententeam (bestaande uit de directeur en de begeleider-consulent) en met een AVG en komen vervolgens in een map.

Medewerkers gaven aan tijdens het bezoek dat zij geen terugkoppeling krijgen van hun fobo-meldingen. De directeur gaf over de terugkoppeling aan dat medewerkers die kunnen lezen in de fobo-map. Medewerkers waren hier echter niet van op de hoogte.

Een goede registratie van de fobo-meldingen ontbreekt. Hierdoor is er geen zicht op fouten die gemaakt worden en blijven verbetermaatregelen op structurele basis uit.

Tot slot wordt opgemerkt dat in de rondzendbrieven de klachtenregeling van FEO wordt genoemd. Ondanks eerdere opmerkingen hierover van de inspectie wordt in deze rondzendbrieven erop aangestuurd om klachten eerst met de coach en de directeur te bespreken en dat men pas daarna, als er geen oplossing gevonden wordt, de klachten bij de klachtencommissie kan deponeren. Het is niet in de geest van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector om dergelijke drempels op te werpen.

## 2.8 Continuïteit van zorg

### *Omschrijving risicoaspect*

Continuïteit van zorg heeft twee aspecten.

Als eerste het borgen van continuïteit door overlappings of hiaten in de zorg en ondersteuning te vermijden. Dit stelt eisen aan de overdracht van gegevens bij gelijktijdige bemoeienis met een cliënt, bijvoorbeeld informatie-uitwisseling tussen teamleden, tussen wonen en dagbesteding of tussen het team van de woning en consulenten van binnen of buiten de eigen organisatie. Dit geldt ook voor overdracht van gegevens bij een volgtijdelijke bemoeienis als de cliënt naar een andere locatie of zorgaanbieder gaat. Een goede communicatie rondom de coördinatie van ondersteuning is een eerste vereiste voor het borgen van dit aspect van continuïteit van zorg.

Het tweede aspect betreft het belang voor cliënten om hun dagelijkse ondersteuning zo veel mogelijk vanuit een kleine kring van bekende medewerkers te ontvangen. Deze continuïteit kan geborgd worden door een personeelsbeleid, gericht op het voorkomen van onnodige personeelsswisselingen door ziekte of verloop.

### *Score november 2007*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score april 2008*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score oktober 2008*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score december 2008*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
			√

### *Score april 2010*

<b>Afwezig tot gering risico</b>	<b>Gering tot matig risico</b>	<b>Matig tot hoog risico</b>	<b>Hoog tot zeer hoog risico</b>
			√

Aanwijzing Kwaliteitswet zorginstellingen: *Er moet voldoende en deskundig (gerelateerd aan de aard van de beperkingen van de cliënten) personeel bij de instelling werkzaam en aanwezig zijn ten behoeve van de begeleiding en dagbesteding van cliënten.*

#### *Onderbouwing score*

Sinds het vorige inspectiebezoek is nog steeds sprake van een groot verloop onder het personeel, waardoor de continuïteit van de zorg in gevaar komt. In combinatie met de communicatieproblemen tussen de directie en een aantal vertegenwoordigers blijft voor dit risicoaspect een hoog tot zeer hoog risico staan. Ook hier wordt niet voldaan aan de voorwaarden van de aanwijzing.

#### *Bevindingen*

In 2009 zijn 11 medewerkers vertrokken en in 2010 is voor één medewerker een ontslagprocedure gestart. Charis heeft dus sinds 2008 een geheel nieuw team. Dit team bestaat vrijwel alleen uit medewerkers met 0-uren contracten. Doordat Charis werkt met stagiaires wordt het rooster over het algemeen gevuld met een vaste medewerker en een stagiaire. Door het grote verloop onder vaste medewerkers en stagiaires komt de kwaliteit en de continuïteit van de zorg in gevaar. Doordat met 0-uren contracten wordt gewerkt bestaat de kans dat medewerkers ontslag nemen zodra zij elders een contract kunnen krijgen dat meer zekerheid biedt. Dit werkt dus het verloop onder het personeel in de hand. Volgens een aantal cliëntvertegenwoordigers hebben de cliënten last van de wisselingen van het personeel en de spanningen die daarmee gepaard gaan.

Het ziekteverzuim is het afgelopen jaar gedaald. Dit werd door de medewerkers tijdens het bezoek bevestigd.

Teamvergaderingen hebben zoals eerder aangegeven niet regelmatig plaatsgevonden in 2009. Als de vergaderingen wel plaatsvonden dan waren slechts drie of vier teamleden, de directeur en een bestuurder aanwezig. Doordat de vergaderingen niet structureel plaatsvonden én maar weinig teamleden aanwezig waren, is ook in dit opzicht de continuïteit van de zorg in gevaar.

Verder wordt opgemerkt dat de continuïteit van de zorg nog steeds niet gewaarborgd is omdat op het gebied van rapportages nog het een en ander kan verbeteren (zie 2.3).

In de roosters zijn geen overdrachtmomenten ingebouwd tussen nacht- en dagdienst en dag- en avonddienst. Hierdoor staat de mondelinge overdracht onder druk en komt de continuïteit in gevaar. Vertegenwoordigers hebben de ervaring dat de overdracht tussen de medewerkers met regelmaat onvolledig is waardoor afspraken niet worden nagekomen.

De communicatie met de vertegenwoordigers van de cliënten blijkt nog steeds niet te voldoen aan de behoefte. De vertegenwoordigers van drie cliënten wisten niet dat er een cliëntenraad is opgericht. Door de wisselingen van het personeel kennen de vertegenwoordigers een aantal begeleiders niet meer. Verder is het contact tussen enkele vertegenwoordigers en Charis nog steeds summier. Een open sfeer waarin deze vertegenwoordigers welkom zijn ontbreekt, waardoor het contact onvoldoende is.

Een aantal cliëntvertegenwoordigers liet weten dat er lange tijd maar één begeleider op de groep stond. Dit is volgens deze vertegenwoordigers te weinig omdat er een paar cliënten zijn die veel aandacht vragen. Sinds kort staan er telkens twee mensen ingeroosterd doordat er stagiaires worden ingezet. Stagiaires dienen echter alleen boventallig te worden ingezet en kunnen niet structureel in het rooster worden ingedeeld.

## 2.9 Vrijheidsbeperkende maatregelen

### *Omschrijving risicoaspect*

Bij vrijheidsbeperkende maatregelen gaat het om alle maatregelen die tegen de wil van de cliënt worden toegepast en de vrijheid van cliënten beperken, onder de volgende vijf noemers: fixatie, afzondering, separatie, gedwongen toediening van medicatie en gedwongen toediening van vocht en voeding.

Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt geassocieerd met schadelijke effecten op fysiek, emotioneel en sociaal welbevinden. Fysiek gevaar houdt onder andere in kans op kwetsuren, huidproblemen, incontinentie en verminderde eetlust.

Ook als een cliënt instemt met vrijheidsbeperking is extra zorgvuldigheid vereist, omdat niet alle cliënten in staat zijn zich te verzetten en sommige andere cliënten zich helemaal niet meer verzetten of alleen verzet tonen aan het begin van het toepassen van een maatregel. Het komt ook voor dat verzet van cliënten 'over het hoofd wordt gezien' waardoor verzet niet als zodanig wordt geïnterpreteerd. Al deze vormen en interpretaties van verzet moeten terug te vinden zijn in het zorgplan van een cliënt.

### *Score*

Afwezig tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico

### *Onderbouwing score*

Op het risicoaspect van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt geen score gegeven, omdat er geen vrijheidsbeperkende maatregelen plaatsvinden bij Charis.

## 2.10 Overige onderwerpen

Aanwijzing Kwaliteitswet zorginstellingen: *De instelling dient een kwaliteitssysteem te ontwikkelen en implementeren ter bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit.*

Aanwijzing Kwaliteitswet zorginstellingen: *De instelling dient een kwaliteitsjaarverslag over het jaar 2007 op te stellen en toe te zenden conform artikel 5 van de Kwaliteitswet zorginstellingen.*

### *Bevindingen*

Zoals in het vorige rapport werd aangegeven, hebben twee verschillende kwaliteitssystemen plaatsgevonden en heeft het bestuur van Charis in 2008 besloten twee kwaliteitssystemen naast elkaar te gaan gebruiken (het kwaliteitssysteem van FEO en het MKG (Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg)). Uit de metingen van 2008 bleek dat op diverse onderdelen verbeteringen noodzakelijk waren. Een aantal onderdelen is in een planning opgenomen. De uitkomsten van de kwaliteitstoetsing door FEO zijn destijds niet besproken met de medewerkers en/of de cliënten of hun vertegenwoordigers maar in de rondzendbrief van oktober 2008 is een aantal aspecten hiervan beschreven. De inspectie is van mening dat hierdoor het draagvlak voor verbeteringen gering is. Inmiddels is besloten om het kwaliteitssysteem van FEO los te laten en alleen het MKG te gebruiken. Er vinden nu halfjaarlijkse kwaliteitsevaluaties plaats. Een uitwerking in een plan van aanpak waarin duidelijk wordt aangegeven aan welke doelen gewerkt wordt en op welke wijze dit gebeurt heeft de inspectie niet gezien.

De toetsingen die nu plaatsvinden zijn interne toetsingen. De visitaties door een externe partij (FEO) vinden niet meer plaats. De objectiviteit van de kwaliteitmetingen is hierdoor in het geding.

In 2009 heeft een tevredenheidsenquête onder cliëntvertegenwoordigers plaatsgevonden. De uitkomsten hiervan zijn gecommuniceerd in de rondzendbrief. Enkele vertegenwoordigers waren van mening dat de uitkomsten die in de rondzendbrief stonden summier waren en niet conform de werkelijkheid.

Registraties van onder andere fobo-meldingen en van (bij)scholingen van medewerkers zijn onvoldoende. Hierdoor is het kwaliteitssysteem ook op deze onderdelen voor verbetering vatbaar.

De inspectie heeft een jaarverslag over 2008 ontvangen. Het verslag voldoet aan de eisen van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Het jaarverslag 2009 heeft de inspectie ook ontvangen. Dit betrof een verslag op het gevoerde beleid. Het kwaliteitsjaarverslag van 2009 heeft de inspectie niet ingezien. Bij het vaststellen van dit rapport d.d. 7 juni 2010 had de inspectie nog geen kwaliteitsjaarverslag van de instelling ontvangen.

In de loop van de tijd wordt bij Charis veel gewisseld in allerlei structuren, systemen en werkwijzen. Telkens als binnen de instelling iets is vastgesteld, wordt het weer veranderd. Echte implementatie van de systemen krijgt hierdoor geen kans. Voorbeelden van veranderende systemen en structuren zijn het kwaliteitssysteem, het format van het zorgplan, het ene jaar wordt met een consultantenteam gewerkt, het volgende jaar niet en daarna weer wel, etc. Er gaat veel energie zitten in de veranderingen van deze structuren, systemen en werkwijzen. Hierdoor ontbreekt de continuïteit en komt de kwaliteit van zorg uiteindelijk in het geding.



## 3 Beschouwing

### 3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is aangegeven hoe Charis scoort op zeven van de acht risicoaspecten. Dit hoofdstuk heeft een meer beschouwend karakter. Gezocht is naar verbanden, verklaringen en overeenkomsten in de onderzoeksresultaten zoals beschreven in hoofdstuk 2 en met als focus de kwaliteit van de geboden zorg.

### 3.2 **De Stichting Woon- en Werkhuis Rotterdam biedt nog steeds geen verantwoorde zorg en voldoet niet aan de kwaliteitswet zorginstellingen en de aanwijzing van de Staatssecretaris**

Opnieuw is tijdens het inspectiebezoek van 26 april 2010 gebleken dat het Charis nog niet is gelukt om te voldoen aan de Kwaliteitswet zorginstellingen en in het bijzonder aan het gestelde in de aanwijzing die de Staatssecretaris Charis heeft gegeven in augustus 2008.

Slechts op enkele punten zijn verbeteringen geconstateerd. De zorgplanmethodiek is aangepast, er wordt nu gewerkt met een kwaliteitssysteem en planningen zijn gemaakt onder andere voor scholing. Ook zijn teamvergaderingen en consulente-overleggen gepland. Verder is er een cliëntenraad opgericht waarmee de medezeggenschap van de verwanten vorm krijgt. De uitwerking van een aantal van deze verbeteringen vindt nog in onvoldoende mate plaats en ook is het nog te vroeg om de effecten van de vernieuwingen in hun volle omvang te kunnen beoordelen. Bovendien duurt het erg lang voordat er daadwerkelijke veranderingen plaatsvinden en zijn de behaalde resultaten zeer gering. Daarom zijn de beoordelingen van sommige risicoaspecten wel iets verbeterd ten opzichte van het vorige inspectiebezoek, maar blijven de risicoscores nog hoog. De kwaliteit van zorg bij Charis is nog steeds onvoldoende.

Naast de punten die verbeterd zijn, zijn er onderwerpen die nog steeds geen of onvoldoende aandacht hebben gekregen. Het jarenlang bestaande gebrek aan informatie en communicatie van de directie en de raad van bestuur met (een deel van) de cliënten/en of hun vertegenwoordigers en het ontbreken van wederzijds vertrouwen zijn hier voorbeelden van. Doordat de directie en het bestuur deze situatie laten voortbestaan ontbreekt het fundament om te komen tot verantwoorde zorg voor de cliënten. Bij alle inspectiebezoeken van 2007, 2008 en 2010 blijkt steeds weer dat de echte problemen niet worden opgelost en blijven voortbestaan. Daarbij gaat het om de volgende zaken:

- 1 De invloed van de directeur blijft groot op de zorgprocessen en belangenverstrengeling blijft een terugkerend probleem. De inspectie is van mening dat het huidige bestuur onvoldoende invloed heeft op de directeur om haar aan te sturen,
- 2 het gebrek aan medezeggenschap voor de cliënten,
- 3 het ontbreken van een vastgesteld zorgplan voor iedere cliënt dat in dialoog met de cliënt en/of de vertegenwoordiger tot stand is gekomen met daarin voldoende aandacht voor de wensen van de individuele cliënten op het gebied van wonen, werken of dagbesteding en vrije tijd,
- 4 het gebrek aan goede dagbesteding en invulling van de vrije tijd voor elke cliënt, die passen bij de zorgvraag en de interesses van de individuele cliënten,
- 5 onvoldoende deskundig personeel en onvoldoende inbedding van (goede) gedragsdeskundige expertise,
- 6 het grote verloop onder het personeel en het verloop onder de cliënten. Onlangs is weer een cliënt vertrokken en sinds april 2009 zijn er drie nieuwe cliënten bij

Charis komen wonen. Momenteel worden in totaal 6 cliënten door Charis begeleid.

- 7 het gevoel van onveiligheid bij (een deel van) de cliënten en hun vertegenwoordigers door onder andere een slechte bejegening en een gebrek aan respect voor de keuzes van de cliënten en hun vertegenwoordigers,
- 8 het gebrek aan informatie en communicatie van de directie en de raad van bestuur met een deel van de cliënten/en of hun vertegenwoordigers.

### **3.3 Verschillende beelden van de werkelijkheid**

Evenals in vorige inspectiebezoek constateerde de inspectie ook tijdens het bezoek van 26 april 2010 dat er in Charis verschillende beelden bestaan van de werkelijkheid. Er heerst verdeeldheid onder de cliëntvertegenwoordigers, maar ook nog steeds onder de medewerkers.

In haar onderzoek is de inspectie niet primair gericht op waarheidsvinding. Ze heeft in dit onderzoek via gesprekken en dossieronderzoek geprobeerd een zo volledig mogelijk zicht te krijgen op de gang van zaken teneinde een oordeel te kunnen vormen over de kwaliteit van zorg. Het feit dat de hierboven geschetste verdeeldheid nog steeds is blijven bestaan, betekent dat de kwaliteit van zorg onvoldoende is verbeterd.

### **3.4 Risico's blijven groot**

De instelling heeft weliswaar een aantal maatregelen in uitvoering genomen; omdat het voor een deel echter nog gaat om plannen of om veranderingen waarvan het effect nog niet kan worden beoordeeld zijn de risicoaspecten nog steeds gewaardeerd op matig tot hoog en hoog tot zeer hoog risico.

### **3.5 Herstel van vertrouwen heeft absolute prioriteit**

In de gesprekken met zowel een deel van de cliëntvertegenwoordigers als een medewerker en een ex-medewerker worden de nodige twijfels geuit over de veranderingsbereidheid van de directie. De cliëntvertegenwoordigers en de medewerker geven aan dat de bejegening nog steeds weinig respectvol is en dat er onvoldoende sprake is van open en eerlijke communicatie tussen de directie en de vertegenwoordigers. Om de kwaliteit van zorg te verbeteren is het herstel van dit vertrouwen in de organisatie onontbeerlijk. Gezien de jarenlang durende vertrouwensbreuk is het zeer de vraag of die hersteld kan worden zolang de huidige directeur en het huidige bestuur bij Charis betrokken blijven.

## **4 Te nemen maatregelen**

### **4.1 Advies tot het nemen van verdere maatregelen**

Omdat gebleken is dat Charis nog steeds onvoldoende uitvoering heeft gegeven aan het gestelde in de aanwijzing die de staatssecretaris Charis heeft gegeven op 7 augustus 2008 en de kwaliteit van zorgverlening derhalve nog steeds niet op orde is, zal de inspectie de Staatssecretaris van het Ministerie van VWS adviseren om op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen verdere maatregelen te nemen ten aanzien van het Woon- en Werkhuis Rotterdam.