

# WMO TOEZICHT

## Onderzoeksrapport

Definitief kwaliteitsrapport nader onderzoek  
Naam: Werkproject de Korenmaat  
Adres: Huissensedijk 30a  
Postcode en woonplaats: 6836 AA Arnhem  
KvK nummer: 67946836

Zorgvorm: activerend werk

Datum inspectie: 21 oktober 2022  
In opdracht van: Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland en gemeente Arnhem en Lingewaard

# Inhoudsopgave

Inleiding	3
Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep	4
Onderzoek: aanleiding en belang	5
Inspectiehistorie	5
Conclusie en advies	6
Advies aan de gemeente	7
Bevindingen	8
1 Doelmatigheid voorziening	8
1.1 Ondersteuningsplan	8
1.2 Evaluatie	9
2 Veiligheid	9
2.3 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten	9
2.4 Calamiteiten	10
3 Samenwerking en afstemming	10
3.1 Afstemming	10
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	11
4.1 Kwaliteitssysteem	11
4.2 Personeelsbeleid	11
4.4 Informatievoorziening en website	11
5 Rechten van de cliënt	12
5.1 Klachtenregeling	12
Schriftelijke reactie aanbieder	13
Bronoverzicht	17
Gegevensoverzicht	18
Bijlage 1 Eisen	19
1 Doelmatigheid voorziening	19
2 Veiligheid	21
3 Samenwerking en afstemming	22
4 Kwaliteit van personeel en organisatie	23
5 Rechten van de cliënt	24

## Inleiding

Gemeenten zijn sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de kwaliteit van voorzieningen die verstrekt worden in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015).

11 Gemeenten in de regio Centraal Gelderland hebben deze taak ondergebracht bij Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland (MGR), te weten Arnhem, Doesburg, Duiven, Lingewaard, Overbetuwe, Renkum, Rheden, Rozendaal, Wageningen, Westervoort en Zevenaar.

De Wmo 2015 regelt in artikel 6.1. dat gemeenten een toezichhoudende ambtenaar aanwijzen. De colleges van B&W van deze 11 gemeenten hebben de Directeur Publieke Gezondheid van GGD Gelderland-Midden als toezichhoudend ambtenaar aangewezen met de mogelijkheid deze toezichhoudende taak te mandateren aan medewerkers van GGD Gelderland-Midden.

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van de Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland (hierna te noemen MGR SDCG), waarbij de gemeente Arnhem als opdrachtgevende gemeente optreedt.

Uitgangspunt voor het toezicht zijn de kwaliteitscriteria uit de Wmo 2015 aangevuld met alle eisen en voorwaarden waaronder de aanbieder gecontracteerd is binnen Inkoop 2020.

Zorgaanbieders die Wmo ondersteuning bieden, leveren vaak ook langdurige zorg (Wlz). Op de langdurige zorg wordt toezicht gehouden door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Gegevens en bevindingen in dit rapport beperken zich tot Wmo verstrekkingen.

De rapporten van Wmo kwaliteitstoezicht uitgevoerd door de toezichhouders van de GGD Gelderland – Midden worden gepubliceerd op de website [www.vggm.nl](http://www.vggm.nl)

Bezwaar op de openbaarmaking van het rapport van het kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij Werkproject de Korenmaat kan worden ingediend bij de gemeente Arnhem.

## **Korte beschrijving van de locatie en de doelgroep**

Werkproject de Korenmaat (hierna: de Korenmaat) is een eenmanszaak die arbeidsmatige dagbesteding binnen de zorgvormen activerend werk en groepsbegeleiding stabiel verleent. De arbeidsmatige dagbesteding wordt geleverd op Stadsboerderij de Korenmaat in Arnhem. Werkproject de Korenmaat heeft een samenwerkingsverband met Stichting Natuurcentrum Arnhem, de beheerder van Stadboerderij de Korenmaat, en voert agrarische werkzaamheden op de stadsboerderij voor hen uit.

De ondersteuning vindt plaats op basis van Zorg in Natura en PGB financiering. Er zijn momenteel 10 cliënten die activerend werk ontvangen met een Wmo beschikking van de gemeente Arnhem. Hiervan hebben acht cliënten een beschikking 'stabiel trede 3', één cliënt 'stabiel trede 4' en één cliënt 'ontwikkeling naar trede 4'. Eén cliënt ontvangt groepsbegeleiding stabiel met een beschikking van de gemeente Lingewaard. Deze cliënt ontvangt eigenlijk het product activerend werk, maar heeft een beschikking voor groepsbegeleiding omdat de gemeente Lingewaard geen activerend werk heeft ingekocht bij de MRG SDCG. De aanbieder verleent daarnaast als onderaannemer voor enkele zorgorganisaties ondersteuning aan ongeveer 10 cliënten. Er zijn twee cliënten die op basis van een PGB ondersteuning ontvangen.

De Korenmaat verleent vier dagen in de week activerend werk, opgedeeld in twee dagdelen:

- Van 09.00 tot 12.30 uur;
- Van 13.00 tot 16.30 uur.

Activerend werk wordt geboden door de eigenaar van de Korenmaat. Er zijn verder geen medewerkers in dienst. In het algemeen betreft de doelgroep cliënten met een psychiatrische achtergrond.

## Onderzoek: aanleiding en belang

Dit onderzoek is een nader onderzoek op eerdere kwaliteitsonderzoeken die zijn uitgevoerd door de Wmo toezichthouder. Het nader onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van de MGR SDCG waarbij de gemeente Arnhem als opdrachtgevende gemeente optreedt. Bij dit onderzoek is ook de gemeente Lingewaard betrokken.

Het onderzoek had als doel na te gaan of de aanbieder voldoet aan de eisen waaraan niet werd voldaan bij het kwaliteitsonderzoek dd. 27 oktober 2021.

Het nader onderzoek vond plaats op 21 oktober 2022. Het betrof een aangekondigd inspectiebezoek.

Het onderzoek bestond uit observatie en bronnenonderzoek (o.a. cliëntdossiers). Er heeft daarnaast een gesprek plaats gevonden met de eigenaar van de Korenmaat.

Dit gesprek verliep in een open en professionele sfeer.

## Inspectiehistorie

Op **11 november 2020** heeft door de Wmo toezichthouder van GGD Gelderland Midden pro actief toezicht plaatsgevonden bij de aanbieder middels een Quickscan in opdracht van de MGR SDCG op het product groepsbegeleiding.

Uit de Quickscan bleken verbeterpunten ten aanzien van de ondersteuningsplannen, evaluatieverslagen, signalerende functie, veiligheid van de cliënt, kwaliteitssysteem, calamiteiten en personeelsbeleid.

De Wmo toezichthouder adviseerde de MGR SDCG een volledig kwaliteitsonderzoek bij de aanbieder uit te laten voeren.

Op **27 oktober 2021** heeft de GGD Gelderland Midden in opdracht van de MGR SDCG een kwaliteitsonderzoek uitgevoerd bij de Korenmaat. Uit dit onderzoek bleek dat de aanbieder niet voldeed aan een deel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen.

Er werden tekortkomingen vastgesteld ten aanzien van ondersteuningsplannen, evaluatieverslagen, intern meldingssysteem, calamiteiten, personeelsbeleid, kwaliteitssysteem, rechten van de cliënt, de website van de aanbieder en afstemming.

De toezichthouder gaf het advies aan de MGR SDCG en de gemeente Arnhem om te handhaven conform handhavingsbeleid.

De MGR SDCG heeft vervolgens de GGD Gelderland Midden een jaar na dit onderzoek opdracht gegeven een nader onderzoek uit te voeren waarvan dit rapport een weergave is.

## Conclusie en advies

De kwaliteitscriteria uit de Wmo 2015 aangevuld met aanvullende eisen vanuit de gemeentelijke verordening en contracteisen zijn door de toezichthouder beoordeeld. De kwaliteitscriteria uit de Wmo 2015 betreffen:

- De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).
- De voorziening is veilig (Wmo 2015, art 3.1, tweede lid sub a.).
- De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp (Wmo 2015 art. 3.1, tweede lid sub b).
- De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub c.).
- De voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).

Uit het onderzoek blijkt dat bij Werkproject de Korenmaat niet wordt voldaan aan het merendeel van de gestelde wettelijke (kwaliteits)eisen en gemeentelijke eisen, zie hiervoor de bevindingen in het rapport.

De aanbieder heeft in juli 2022 formats, opgesteld door de MGR SDCG, ontvangen voor het opstellen van ondersteuningsplannen, evaluatieverslagen en een bijbehorend voorblad. De formats zijn door de aanbieder aangepast naar de eigen organisatie, maar nog niet ingevuld met de cliënten en onderdeel gemaakt van het cliëntdossier.

Tijdens het inspectiebezoek benoemt de aanbieder voornemens te zijn om de formats op te stellen met cliënten en onderdeel te maken van het cliëntdossier. Er zijn daarnaast het afgelopen jaar enkele aanpassingen gedaan door de aanbieder in beleid en op de eigen website. Alle documenten zijn inmiddels herzien en voorzien van een opstellingsdatum. Het incidentenbeleid is nu passend en aangevuld met informatie over de meldplicht in geval van een calamiteit bij de Wmo toezichthouder. Ook beschikt de aanbieder inmiddels over een document om incidentmeldingen in te registreren. Op de website van de aanbieder is nu informatie te vinden over wachttijden en de producten en diensten die de aanbieder aan cliënten biedt.

Naast deze aanpassingen is de aanbieder bezig met een kwaliteitsslag en heeft zich aangesloten bij vereniging BEZIG, een afvaardiging van federatie Landbouw en Zorg. Hiervoor dient de aanbieder komend jaar het keurmerk 'kwaliteit laat je zien' te behalen.

De aanpassingen die de aanbieder het afgelopen jaar heeft gedaan blijken echter niet voldoende om te voldoen aan de gestelde tekortkomingen voortkomend uit het inspectiebezoek dd. 27 oktober 2021. De aanbieder beschikt inmiddels over de middelen om o.a. doelmatig te werken, maar in de praktijk vindt dit nog niet plaats. Cliënten hebben geen ondersteuningsplan en evaluatie en rapportage vindt onvoldoende plaats. Door het ontbreken van een volledig cliëntdossier worden afspraken omtrent afstemming met het netwerk onvoldoende vastgelegd.

De toezichthouder concludeert nog steeds tekortkomingen ten aanzien van:

- Ondersteuningsplannen;
- Evaluatieverslagen;
- Het vastleggen van afspraken ten aanzien van afstemming;
- Periodiek informeren van de Lokale Toegang over het functioneren en de voortgang van de cliënt;
- Het aantoonbaar monitoren van de ontwikkeling van de cliënt op de gestelde doelen;
- Personeelsbeleid.

### **Advies aan de gemeente**

De Wmo toezichthouder van de VGGM geeft het advies aan de MGR SDCG en gemeente Arnhem om te handhaven (conform handhavingsbeleid).

#### Toelichting handhaving

De toezichthouder geeft aan de gemeente het advies om wel of niet te handhaven. Handhaving is een verzamelnaam voor activiteiten die zijn gericht op het bewerkstelligen van een goede naleving of een goede kwaliteit". (Bron: Rijksoverheid)

Er zijn verschillende vormen van handhaving, enkele voorbeelden: een (normoverdragend) gesprek voeren, een schriftelijke waarschuwing geven, last onder dwangsom, last onder bestuursdwang, het opleggen van een cliëntenstop, contractontbinding, etc. Afhankelijk van o.a. de ernst en/of hoeveelheid van de overtreding(en), of sprake is van een recidive en de bereidheid van de aanbieder om de overtreding te beëindigen, besluit de gemeente, op basis van het gemeentelijk handhavingsbeleid, welke vorm van handhaving wordt ingezet.

## Bevindingen

### 1 Doelmatigheid voorziening

*Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).*

#### 1.1 Ondersteuningsplan

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan. De aanbieder beschikt inmiddels over een format voor het opstellen van een ondersteuningsplan. Deze is echter nog niet met cliënten ingevuld. Doelgerichte rapportage vindt niet regelmatig plaats.*

##### Beschrijving:

De MGR SDCG heeft dit jaar formats voor een ondersteuningsplan, evaluatieverslag en bijbehorend voorblad ontwikkeld voor aanbieders activerend werk. Deze zijn medio juli 2022 gedeeld met de aanbieder. De aanbieder heeft betreffende formats de afgelopen periode aangepast naar de eigen organisatie. Zowel het voorblad als het ondersteuningsplan is echter nog niet ingevuld met cliënten, waardoor de aanbieder niet aan de gestelde eisen voldoet ten aanzien van het ondersteuningsplan.

Het streven van de aanbieder is om voor het einde van dit jaar het voorblad met alle cliënten ingevuld te hebben. Uit het gesprek met de aanbieder blijkt dat het niet helder is wanneer de ondersteuningsplannen invulling zullen gaan krijgen.

De aanbieder noemt hierover het volgende:

*“Ik ben eerst bezig geweest om de formulieren op orde te krijgen. Er komen ook wat evaluaties aan, dus ik wil dat als startpunt gebruiken. Het kost veel tijd en het gewone werk gaat ook gewoon door. Ik doe de administratie nu enkel thuis, zodat ik op locatie tijd aan de cliënten kan besteden. De voorbladen wil ik allemaal voor het einde van het jaar ingevuld hebben. De evaluatie zal ik gaan invullen als er geëvalueerd wordt, ik ben van plan dit minimaal jaarlijks te doen aan de hand van het format. Wat betreft het ondersteuningsplan moet ik nog even kijken wat wijsheid is”.*

Rapportage vindt niet doelgericht en regelmatig plaats. De aanbieder geeft aan enkel bijzonderheden of bijvoorbeeld incidenten op te nemen in het cliëntdossier.

Hierdoor, en door het ontbreken van ingevulde ondersteuningsplannen en evaluatieverslagen, blijft onvoldoende aantoonbaar in hoeverre er wordt gewerkt aan persoonlijke doelen en ontwikkeling van werknemersvaardigheden en richting doorstroom.



## 1.2 Evaluatie

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan. Formele evaluaties zijn nog niet, conform gestelde eisen, uitgevoerd.*

### Beschrijving:

Zoals in constatering 1.1. staat beschreven heeft de aanbieder tevens een format voor evaluatie ontvangen van de MGR SDCG.

De aanbieder heeft dit format aangevuld met een stuk 'feedback werkproject', waardoor onder andere vragen ten aanzien van veiligheid, tevredenheid en evt. verbeterpunten zijn opgenomen en het format ziet er hiermee volledig uit. Formele evaluaties hebben echter nog niet plaatsgevonden, waardoor een ingevuld evaluatieverslag niet aantoonbaar was tijdens het inspectiebezoek.

Tijdens het inspectiebezoek dd. 27 oktober 2021 concludeerde de toezichthouder dat een evaluatie niet altijd zes weken voor het aflopen van de beschikking plaatsvindt met de wijkcoach en de cliënt.

De aanbieder heeft inmiddels een bestand opgesteld waarin alle cliënten zijn opgenomen met de einddatum van de beschikking, zodat hier tijdig op geacteerd kan worden. Uit dit document blijkt echter dat één beschikking van een cliënt onlangs is verlopen en dat één beschikking binnen zes weken zal verlopen. Hier heeft nog geen evaluatie plaatsgevonden en de aanbieder heeft hierover nog geen contact gezocht met het wijkteam.

Ook is in dit document ruimte gemaakt om een eerstvolgende evaluatiedatum te noteren. Dit stuk heeft echter nog geen invulling gekregen.

## 2 Veiligheid

*Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).*

### 2.3 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De aanbieder beschikt nu over een document om meldingen te registreren en te bundelen.*

### Beschrijving:

Tijdens het inspectiebezoek dd. 27 oktober 2021 bleek dat de aanbieder beschikt over een helder incidentenbeleid. Dit beleid was echter onvoldoende vertaald naar de praktijk. In beleid werd verwezen naar een plek om meldingen te registreren en bundelen dat niet was ingericht.

Om aan gestelde eis te voldoen heeft de aanbieder een document opgesteld waar incidenten in geregistreerd en gebundeld kunnen gaan worden. Incidenten zijn tot op heden niet voorgekomen.

## 2.4 Calamiteiten

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De aanbieder heeft in beleid de meldplicht in geval van een calamiteit bij de Wmo toezichthouder opgenomen.*

Beschrijving:

De aanbieder heeft het incidentenbeleid aangepast naar aanleiding van de kwaliteitsinspectie dd. 27 oktober 2021. Het incidentenbeleid is nu ook aangevuld met informatie over de meldplicht bij de Wmo toezichthouder in geval van een calamiteit.

## 3 Samenwerking en afstemming

*Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp (Wmo 2015 art. 3.1, tweede lid sub b)*

### 3.1 Afstemming

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan. Er vindt, indien nodig, afstemming plaats met het netwerk van de cliënt. Afspraken ten aanzien van afstemming met het netwerk van de cliënt zijn echter niet vastgelegd. De Lokale Toegang wordt daarnaast niet periodiek geïnformeerd over het functioneren en de voortgang van de cliënt.*

Beschrijving:

Afspraken over afstemming met het netwerk van de cliënten worden tot op heden niet vastgelegd. De aanbieder heeft haar werkwijze hier niet op aangepast. De aanbieder benoemt nog steeds het netwerk te inventariseren en altijd in overleg met de cliënt afstemming te zoeken.

Daarnaast zegt de aanbieder het volgende over afstemming met derden:

*“Ik vind goede afstemming echt heel belangrijk. De vraag is alleen of het vanuit de eisen op deze manier passend is vormgegeven. Er vindt wel afstemming plaats, het netwerk van cliënten is bekend maar afspraken worden niet schriftelijke vastgelegd. Ik vind het belangrijk dat de regie over afstemming bij cliënten blijft. Dit is voor mij echt essentieel”.*

De lokale toegang wordt niet, conform gestelde eisen, periodiek geïnformeerd over het functioneren en de ontwikkeling van de cliënt op de werkplek.

Zoals in constatering 1.2 valt te lezen dient de aanbieder aandacht te hebben voor het tijdig aanvragen van een herindicatie. Omdat de aanbieder geen cliëntdossiers opstelt is ook tijdens de herinspectie onvoldoende aan te tonen of de ontwikkeling van de cliënt voldoende gemonitord wordt op gestelde doelen van de Lokale Toegang.

## 4 Kwaliteit van personeel en organisatie

*Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub c.)*

### 4.1 Kwaliteitssysteem

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt wel voldaan. De aanbieder heeft al haar beleid herzien en, waar nodig, aanpassingen gedaan. Ook beschikt ieder document nu over een opstellingsdatum, waardoor de aanbieder inzichtelijk kan maken wanneer deze herzien dient te worden. Om onder andere het kwaliteitssysteem te blijven borgen is de aanbieder bezig met het behalen van een kwaliteitskeurmerk.*

Beschrijving:

De aanbieder heeft zich medio juni 2022 aangesloten bij vereniging BEZIG, een afvaardiging van de federatie Landbouw en Zorg. Na het aangaan van een lidmaatschap dient de aanbieder binnen een jaar te voldoen aan het kwaliteitskeurmerk 'kwaliteit laat je zien'.

De aanbieder heeft naar aanleiding van de kwaliteitsinspectie dd. 27 oktober 2021 al het beleid opnieuw herzien en hoopt komend jaar het kwaliteitskeurmerk te behalen. Ook heeft de aanbieder alle documenten voorzien van een opstellingsdatum, zodat helder is wanneer deze moeten worden herzien.

Als het keurmerk is behaald zal periodiek een audit plaatsvinden, wat de aanbieder wil gebruiken als leidraad voor het herzien en evalueren van beleid.

### 4.2 Personeelsbeleid

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt niet voldaan. In beleid ontbreekt hoe de aanbieder op de hoogte blijft van de laatste ontwikkelingen binnen de branche.*

Beschrijving:

De aanbieder neemt deel aan regionale bijeenkomsten en ontvangt periodiek nieuwsbrieven over landelijke ontwikkelingen van vereniging BEZIG.

Mede hierdoor blijft de aanbieder op de hoogte van de laatste ontwikkelingen binnen de branche. De aanbieder heeft dit echter niet in beleid beschreven, waardoor niet aan gestelde eis wordt voldaan.

### 4.4 Informatievoorziening en website

*Deelconclusie: Aan de gestelde eis wordt deels voldaan. Een klachtenjaarslag ontbreekt op de website van de aanbieder.*

Beschrijving:

Naar aanleiding van de kwaliteitsinspectie dd. 27 oktober 2022 heeft de aanbieder enkele aanpassingen gedaan op haar website. Er is nu tevens informatie te vinden over wachttijden en de gecontracteerde producten en diensten aan cliënten.

Een klachtenjaarslag ontbreekt echter nog op de website van de aanbieder.

## 5 Rechten van de cliënt

*Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).*

### 5.1 Klachtenregeling

Deelconclusie: *Aan de gestelde eis wordt niet voldaan. Cliënten worden niet geïnformeerd over de klachtenregeling. Een klachtenjaarverslag wordt niet opgesteld en ontbreekt op de website van de aanbieder.*

#### Beschrijving:

De aanbieder heeft haar werkwijze ten aanzien van het informeren van cliënten over de klachtenregeling en het opstellen en publiceren van een klachtenjaarverslag niet gewijzigd. De klachtenregeling voor cliënten is nog steeds te vinden op de website van de aanbieder. Cliënten worden hier niet actief over geïnformeerd. Indien nodig worden cliënten mondeling gewezen op formele klachtenregeling.

De aanbieder publiceert niet jaarlijks een klachtenjaarverslag conform gestelde eisen. Er zijn tot op heden geen klachten door cliënten ingediend.

## Schriftelijke reactie aanbieder

Allereerst wil ik hier graag kwijt dat ik moeite heb met de manier waarop de kwaliteit getoetst wordt. En dan gaat het niet om hoe de kwaliteitstoetsing zelf wordt uitgevoerd, want dat is wel oké, maar hoe die in de kern is opgezet. Het voelt wat aan alsof een garagebedrijf wordt gevraagd om alles wat het doet en met klanten afsprekt tot in detail te noteren en alle vorderingen van de reparaties zelf en de daaromheen gemaakte afspraken schriftelijk vast te leggen en dan achteraf beoordeeld wordt op hoe goed het deze reparaties en afspraken op papier heeft gezet en deze heeft geëvalueerd. Of de auto weer veilig en goed de weg op kan doet er dan blijkbaar minder toe. Als het maar goed op papier staat. Als mijn auto bij de garage staat, heb ik liever dat de garage de tijd gebruikt voor het maken van mijn auto en de kennis inzet voor de reparatie zelf, zodat die het weer goed zal doen. Ik zal dan ook de garage beoordelen op de geleverde prestatie zoals ik aan mijn auto zelf kan constateren.

Nu begrijp ik ook dat in de gezondheidszorg de uitkomst van het begeleiden van mensen minder makkelijk (objectief) te toetsen is. Toch zegt naar mijn mening de huidige manier van toetsen betrekkelijk weinig over de werkelijke kwaliteit van de voorziening, maar zegt het meer over hoe goed een aanbieder is met de administratieve processen.

Al met al kosten de administratieve handelingen die van mij als begeleider worden gevraagd steeds meer tijd. Een aantal daarvan onvermijdelijk en ook goed, maar bij een aantal kun je ook je vraagtekens zetten. Het betekent in ieder geval dat de tijd die deze handelingen vergen, niet meer ingezet kan worden in de directe begeleiding van cliënten, vrijwilligers zoals wij die noemen. Als voorbeeld wil ik het personeelsbeleid noemen. En daarbij gaat het met name erom hoe ik op de hoogte blijf van ontwikkelingen. Ik heb aangegeven hoe ik dat doe, maar omdat ik dit niet op papier heb gezet, voldoe ik niet aan de eis. Het is dan net alsof ik niets doe om op de hoogte te blijven. Dat betekent dus dat ik weer een dagdeel mag besteden om dit uit te werken en op schrift te stellen. Maakt dit de kwaliteit van het bijhouden van mijn kennis beter? Volgens mij niet en geeft het een schijnbeeld van de werkelijke kwaliteit.

Zo heb ik in de 28 jaar dat ik het werkproject begeleid, de administratieve last steeds verder zien toenemen. Zoveel dat het nu niet meer te combineren valt met de begeleiding van de groep mensen waarmee ik werk. Ruim een jaar geleden zijn we (ikzelf, de vrijwilligers en Natuurcentrum Arnhem) tot de conclusie gekomen dat de administratieve taaklast niet meer te combineren valt met de werkelijke begeleiding van de vrijwilligers. Ik zat teveel en te vaak achter de computer en daardoor misten de vrijwilligers mij te veel op de werkvloer aan hun zijde. Reden om het roer drastisch om te gooien en om de administratieve taken zoveel als mogelijk is buiten de tijden om te doen waarin de vrijwilligers aanwezig zijn. De conclusie was dat de kwaliteit van de begeleiding onder de maat was gezakt. Zo hoor ik ook van andere plekken dat cliënten zeggen dat begeleiders niet genoeg op de werkvloer aanwezig zijn, omdat ze teveel bezig zijn met vergaderen, overleggen en achter de computer zitten.

De keuze om het schrijven van deze zienswijze buiten de contacttijden met de vrijwilligers te houden, heeft er ook voor gezorgd dat het me niet is gelukt om deze geheel binnen de gestelde termijn te schrijven. De administratieve en organisatorische taken mogen niet meer ten koste gaan van de begeleiding van de vrijwilligers. Een proces wat de kwaliteit van begeleiding van Werkproject De Korenmaat flink ten goede is gekomen en waar de vrijwilligers heel blij mee zijn, maar ook een proces dat binnen de strakke kadering van de kwaliteitstoetsing geen plaats heeft en dus ook niet wordt gezien.

Vergelijkbaar daarmee is ook de invoering van ondersteuningsplannen en evaluaties. Medio april van dit jaar zou het MGR SDCG formats klaar hebben voor ondersteuningsplannen en evaluaties en het daarbij behorende voorblad. Rond die tijd had ik ook tijd vrij gepland om hieraan te werken. Helaas lieten deze formats tot in juli op zich wachten. Een periode waarin ook privé veel heeft gespeeld die ik, zoveel als maar mogelijk is, buiten mijn werk heb gehouden. Ondertussen heb ik er wel voor gezorgd dat de lopende administratie op orde bleef en andere ontwikkelingen rondom de kwaliteitstoetsing in gang zijn gezet. Nu uiteraard wel buiten de contacturen met de vrijwilligers! Dat heeft er helaas voor gezorgd dat de aanpassing en invoering van de ondersteuningsplannen en evaluaties en het bijbehorende voorblad wat vertraging hebben opgelopen. Op het moment van de toetsing waren de formulieren daarvoor net gereed. Inmiddels ben ik begonnen om deze met de vrijwilligers samen in te vullen en zijn er op dit moment een aantal ingevuld en beschikbaar. Voor het einde van dit jaar wil ik alle voorbladen hebben ingevuld en zoveel mogelijk van de ondersteuningsplannen. De evaluaties laat ik nu zoveel als mogelijk samen lopen met het aflopen van de bestaande indicaties, wat betekent dat met een half jaar er van alle vrijwilligers ook een (tussentijdse) evaluatie is.

## 1 Doelmatigheid voorziening

“De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht.” In mijn visie als werker in de praktijk zou het hier met name moeten gaan om hoe er in de dagelijkse praktijk met de vrijwilligers gewerkt wordt. De bejegening, het zien van de vrijwilligers, omgang met hun dagelijkse behoeften en noden en hoe dit de vrijwilligers op de been houdt en waar mogelijk verder laat ontwikkelen. Ondersteuningsplannen, verslaglegging en evaluaties kunnen daarbij een behulpzaam instrument zijn, maar laten ook maar een klein deel van de werkelijke kwaliteit zien.....

Inmiddels zijn de eerste voorbladen, ondersteuningsplannen en evaluaties gemaakt. Bij de ondersteuningsplannen wil ik nog opmerken dat het eigenlijk onmogelijk is om die voor of bij aanvang van de indicatie, gemaakt te hebben. Om die zinvol te kunnen te kunnen opstellen, zul je als begeleider en vrijwilliger elkaar eerst moeten kennen. Als was het alleen maar om helder te krijgen wat nu de hulpvraag precies is en wat het werkproject dan daarbij kan bieden. Met het MGR SDCG heb ik dit ook eerder al besproken en zij erkenden dit ook. Dit is alleen helaas nog niet vertaald naar een aanpassing van de kwaliteitseisen. In de praktijk spreek ik regelmatig af om de indicatie bij een nieuwe vrijwilliger voor kortere tijd af te geven, dan wel om na bijvoorbeeld twee maanden bij elkaar te komen om te kijken wat dan de hulpvraag precies is en de meest passende indicatie daarbij.

## 3 Samenwerking en afstemming

Tot dusverre werd de lokale toegang vooral mondeling geïnformeerd, tenzij een wijkcoach om een schriftelijk verslag vroeg. Nu de formats zijn omgezet in eigen evaluatie- en ondersteuningsformulieren, worden de wijkcoaches ook hiermee geïnformeerd. De eerste wijkcoaches zijn inmiddels op deze wijze geïnformeerd.

Afstemming met het netwerk van cliënten gebeurt altijd in overleg met de vrijwilligers zelf en bij voorkeur ook via de vrijwilliger zelf. Zeer incidenteel kan dit echter buiten een vrijwilliger om gebeuren, als deze bijvoorbeeld door een psychose in de problemen dreigt te komen en daarmee de regie over het eigen leven aan het kwijtraken is. Terughoudendheid is hierin kernwaarde voor het werkproject.

Zeker waar het de WMO-vrijwilligers betreft, gaat het bij het werkproject om zelfstandige mensen die doorgaans zeer goed in staat zijn om de regie over hun eigen leven te voeren. Contact en afstemming met het netwerk is er dan doorgaans ook alleen als het gaat om een specifieke situatie van dat moment, die voor dat moment om extra ondersteuning vraagt en dan altijd in overleg gebeurt met en zo mogelijk in aanwezigheid van de vrijwilliger zelf. Dat kan op allerlei gebied zijn. Afspraken voor een langere periode worden zelden of nooit met netwerk van een vrijwilliger gemaakt, maar juist met de vrijwilliger zelf. Voor het werkproject is het een kernwaarde dat de regie zoveel als mogelijk bij de vrijwilliger zelf ligt en blijft liggen. Het vastleggen van afspraken of afstemming haalt dan regie bij de vrijwilliger weg. Liever overleg ik steeds weer opnieuw samen met de vrijwilliger als er afstemming met het netwerk nodig is, zodat ook daadwerkelijk de regie bij de vrijwilliger zelf blijft liggen.

## 4 Kwaliteit van personeel en organisatie

Hierover heb ik in de inleiding al wat gezegd. Wat betreft het personeelsbeleid bestaat kennelijk iets alleen als het ook op papier is gezet.....

Een klachtenjaarverslag over 2021 staat inmiddels op de website.

## 5 Rechten van de cliënt

Als dat aan de orde mocht zijn, worden cliënten zeker wél geïnformeerd over de klachtenregeling. Ook hier geldt dat dit kennelijk alleen wordt gezien als het op papier staat. Veel belangrijker vind ik hier dat de begeleiding van het werkproject altijd en overal op aanspreekbaar is. Samen met de vrijwilligers en medewerkers van Natuurcentrum Arnhem hebben we een cultuur weten te creëren waarin er altijd iemand aanspreekbaar is (begeleider, medewerker natuurcentrum, medevrijwilliger) en daarmee eventuele problemen vroegtijdig besproken en zo mogelijk opgelost kunnen worden. Ik ben dan ook blij om te kunnen zeggen dat in al die jaren dat het werkproject bestaat, ook toen het nog onderdeel was van Siza en Pro Persona (en haar voorgangers), er nooit een officiële klacht is geweest.

Los hiervan heb ik besloten om een informatieboekje te maken waarin allerlei praktische informatie komt te staan voor nieuwe vrijwilligers en dan is het ook eenvoudig om een zin op te nemen over de klachtenregeling.

## Tot slot

In de bijlage wekken de vele 'nee'-s de indruk dat het werkproject vrijwel geen stappen heeft gemaakt na de vorige kwaliteitscontrole, terwijl ze terug zijn te voeren op het feit dat de formulieren voor het ondersteuningsplan en dat voor de evaluatie op het moment van de controle wel klaar waren, maar nog in gebruik genomen moesten worden. Die ingebruikname is inmiddels gebeurd. Het kwaliteitsrapport is daarmee ook een momentopname dat voorbij gaat aan de ingezette weg die moet leiden tot het voldoen aan de kwaliteitsnormering. Tegelijkertijd vind ik dat dit niet ten koste mag gaan aan de directe begeleiding van vrijwilligers als die op De Korenmaat aanwezig zijn en betekent dit dat dit moet gebeuren buiten de contacturen. Door de vrijwilligers wordt dit meer dan wat dan ook gewaardeerd. Het betekend alleen dat het ook extra tijd kost.

Het werkproject is voor een grote groep vrijwilligers al vele jaren een onmisbaar houvast in hun leven en daarmee is continuering van het werkproject van groot belang. Een belang dat in zijn bestaan verschillende keren in gevaar is geweest door beleidsveranderingen en bezuinigingen. Hoewel dat voor

mijzelf steeds ook onzekerheid voor mijn eigen bestaan betekende, heb ik toch steeds de voortgang van het werkproject en daarmee de toegankelijkheid van de groep vrijwilligers op de eerste plaats gesteld. Met dezelfde motivatie blijf ik me ook inzetten voor het werkproject en haar vrijwilligers.

Arnhem 20-11-2022

- De toezichthouder ziet in de zienswijze geen aanleiding om haar beoordeling te wijzigen.



## Bronoverzicht

### 1. Interviews met:

- De eigenaar, en tevens begeleider, van Werkproject de Korenmaat

### 2. Observaties tijdens het inspectiebezoek:

- Format evaluatieverslag de Korenmaat
- Format intake- en contactformulier (tevens voorblad ondersteuningsplan en evaluatieverslag) de Korenmaat
- Format ontwikkeling- ondersteuningsplan de Korenmaat
- Registratiedocument voor incidentenmeldingen
- Overzicht van cliënten (met beschikkingsdatum en evaluatiedatum)

### 3. Documenten met betrekking tot het toezicht:

- Protocol veilig incidenten melden en calamiteiten, mei 2022

### 4. Overig:

- Website van de aanbieder

## Gegevensoverzicht

### Opvanggegevens

Naam	: Werkproject de Korenmaat
Adres	: Huissensedijk 30A
Postcode en woonplaats	: 6836 AA Arnhem
Telefoonnummer	: 026-3235636
Website aanbieder	: www.werkprojectdekorenmaat.nl
Email aanbieder	: josdebont@werkprojectdekorenmaat.nl
Aantal medewerkers	: 1
Rechtsvorm	: Eenmanszaak
HKZ/ISO gecertificeerd	: -

### Gegevens toezicht

Naam GGD	: GGD Gelderland-Midden
Adres	: Postbus 5364
Postcode en woonplaats	: 6802EJ ARNHEM
Telefoonnummer	: 0800-8446000
Onderzoek uitgevoerd door	: Wmo toezichthouder

### Gegevens opdrachtgever

Naam	: Modulaire Gemeenschappelijke Regeling sociaal domein regio Centraal Gelderland
Adres	: Dorpsplein 1
Postcode en woonplaats	: 6931 CZ Westervoort

### Gegevens gemeente voor bezwaar tegen openbaarmaking

Naam	: gemeente Arnhem
Adres	: Postbus 5283
Postcode en woonplaats	: 6802 EG Arnhem

### Planning

Datum inspectie	: 21 oktober 2022
Opstellen concept inspectierapport	: 03 november 2022
Hoor/wederhoor	: 10 november 2022
Zienswijze ontvangen	: 22 november 2022
Vaststelling inspectierapport	: 22 november 2022
Verzending inspectierapport	: 22 november 2022

## Bijlage 1 Eisen

### 1 Doelmatigheid voorziening

*Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a).*

1.1 Ondersteuningsplan	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 2 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen	
Ongeacht de verwijzer (toegang of geautoriseerde verwijzer) wordt de te verlenen ondersteuning door de opdrachtnemer verwerkt in een ondersteunings- of behandelplan. Dit plan dient gereed te zijn voor de start van de ondersteuning.		Nee
Cliënt en ook het sociale netwerk van cliënt zijn betrokken bij het opstellen van het ondersteuningsplan en de cliënt heeft zijn/haar ondersteuningsvraag kunnen formuleren.		Nee
Het ondersteuningsplan is ondertekend door de cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger.		Nee
Het bijstellen van de begeleidingsdoelen gedurende de uitvoering van het ondersteuningsplan dient altijd te gebeuren in afstemming met de Toegang.		Nee
Eis 2 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen groepsbegeleiding stabiel wordt geboden	
In het ondersteuningsplan zijn in ieder geval de volgende onderwerpen beschreven: <ul style="list-style-type: none"> <li>- De kansen/mogelijkheden en ondersteuningsbehoeften van de cliënt en welke hulp/ondersteuning wordt geboden.</li> <li>- Welke doelafspraken cliënt en opdrachtnemer maken en hoe zij deze gaan bereiken.</li> <li>- Binnen welk tijdsbestek deze doelen moeten worden behaald en hoeveel uur daarvoor nodig is.</li> <li>- Binnen welk tijdsbestek er kan worden afgeschaald naar minder uren en/of een eenvoudigere ondersteuningsinzet.</li> <li>- Hoe opdrachtnemer de nazorg vormgeeft en de eventuele overdracht naar andere zorgvormen.</li> <li>- Wanneer geëvalueerd wordt (datum vastgelegd).</li> <li>- De inzet van en afstemming met algemene voorzieningen (indien van toepassing).</li> <li>- In het plan staat de naam van de eerstverantwoordelijke (medewerker van de opdrachtnemer) vermeld. De eerstverantwoordelijke of diens vervanger is goed bereikbaar.</li> <li>- In het plan staat vermeld wie de casusregisseur of coördinator is (in het geval van meervoudige, complexe problematiek dient een regisseur te zijn aangewezen (zie eis 5 Casusregie).</li> <li>- De inbreng van een multidisciplinair team (indien van toepassing) is beschreven in het ondersteuningsplan.</li> <li>- De afstemming tussen dagbesteding, werk en wonen (indien van toepassing), is beschreven in het ondersteuningsplan.</li> <li>- De afstemming op andere vormen van geboden hulp en zorg is beschreven in het ondersteuningsplan (zie eis 4 Afstemming).</li> </ul>		Nee

In afwijking van eis 2 van het Inkoopdocument Algemeen programma van eisen is voor Groepsbegeleiding Stabiel het volgende niet van toepassing: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doelafspraken tussen de cliënt en zorgaanbieder en;</li> <li>- Het tijdsbestek waarbinnen deze doelen moeten worden behaald.</li> </ul>		
Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht	Alle zorgvormen	
Rapportage vindt doelgericht en regelmatig plaats		Nee
Eis 2 Inkoopdocument Activerend werk Zorgvorm specifieke eisen	Activerend Werk	
Aanbieder biedt naast begeleiding een werkplek waar cliënt kan (toewerken naar) werken/ een bijdrage leveren aan anderen of de maatschappij (cliënt doet iets voor anderen). Hierbij wordt aantoonbaar gewerkt aan persoonlijke ontwikkeling én ontwikkeling van werknemersvaardigheden (passend bij de gestelde doelen).		Ja  Nee
Eis 4 Inkoopdocument Activerend werk Zorgvorm specifieke eisen	Activerend Werk	
Aanbieder Activerend werk levert een aantoonbare inzet op ontwikkeling van cliënt en waar mogelijk op doorstroom (= stappen zetten op de participatieladder) en uitstroom naar betaald werk, opleiding of vrijwilligerswerk of minder ondersteuning door aanbieder aan cliënt.		Nee

1 Op de website [www.inkoopscdg.nl](http://www.inkoopscdg.nl) staat een limitatief overzicht met relevante mbo-/hbo-/wo-opleidingen richting Zorg en Welzijn

<b>1.2 Evaluatie</b>	<b>Eisen zijn van toepassing op</b>	<b>Ja/Nee/Deels /N.v.t.</b>
Eis 3 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	alle zorgvormen	
Op initiatief van opdrachtnemer vindt, tenminste 6 weken voor afloop van de indicatie, evaluatie plaats van het ondersteunings- of behandelplan en de uitvoering daarvan. Wanneer het traject langer duurt dan een jaar vinden er in overleg meerdere evaluaties plaats.		Nee
Elke evaluatie wordt besproken met de cliënt en er wordt een verslag gemaakt, dat ondertekend is door de cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger, zodat helder is dat deze evaluatie is besproken met de desbetreffende cliënt.		Nee
Uit de evaluatie blijkt in hoeverre de gestelde doelen zijn behaald. Als een doel of een resultaat niet wordt gehaald, is de opdrachtnemer verantwoordelijk voor de motivering waarom dat doel of resultaat niet gehaald is. De opdrachtnemer beschrijft de wijze waarop de gestelde doelen alsnog behaald kunnen worden of dienen te worden bijgesteld.		Nee
De evaluatie wordt altijd gedeeld met de opdrachtgever indien de opdrachtgever de verwijzer is. Is de opdrachtgever niet de verwijzer, dan kan, op verzoek van de opdrachtgever en met toestemming van cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger, de evaluatie worden gedeeld met opdrachtgever. Dit is nodig om de toewijzing en vordering hiervan te monitoren. Hierbij wordt rekening gehouden met de privacyregels.		Nee
Eis 3 Inkoopdocument Activerend werk Zorgvorm specifieke eisen	Activerend Werk	
Aanvullend op de algemene eisen is aanbieder Activerend werk verantwoordelijk voor het voorbereiden en plannen van een evaluatiegesprek 6 weken voorafgaande aan het einde van de lopende toewijzing met cliënt en het lokaal team.		Nee

## 2 Veiligheid

Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is veilig (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub a.).

2.3 Intern meldingssysteem incidenten/bijna incidenten	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 11 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen activerend Werk geboden wordt	
<p>Er is een intern meldings-/registratiesysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is (VIM: Veilig Incident Melden). Het melden, registreren, analyseren, verbeteren en terugkoppelen aan melder is georganiseerd en geborgd. Het betreft incidenten of bijna incidenten, die zijn gekoppeld aan het handelen door zorgprofessionals.</p> <p>(In afwijking van eis 11 van het Inkoopdocument Algemeen programma van eisen geldt voor aanbieders Activerend werk, alleen een registratie van incidenten die verband houden met uitvoering van Activerend werk (datum, wie, wat en bij wie gemeld en welke acties), de analyse (hoe heeft het kunnen gebeuren), verbeteracties en borging (hoe voorkomen dat het nogmaals gebeurd).</p>		Ja

2.4 Calamiteiten	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 10 Inkoopdocument Algemeen Programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen activerend Werk geboden wordt	
<p>Opdrachtnemer meldt iedere calamiteit, ieder geweldsincident en ernstig incident met grote impact op de maatschappij, cliënt, zijn/haar omgeving en/of andere betrokkenen binnen twee werkdagen aan de aangewezen toezichthoudend ambtenaar waar de calamiteit zich voordoet.</p> <p>(in afwijking van eis 10 van algemeen programma van eisen geldt voor aanbieders van Activerend werk dat in geval van een calamiteit, zoals nader omschreven in het protocol, dit binnen 2 werkdagen gemeld wordt bij lokale toegang. Gezamenlijk zal het vervolg bepaald worden en wie welke rol hierin pakt.)</p>		Ja

### 3 Samenwerking en afstemming

*Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp (Wmo 2015 art. 3.1, tweede lid sub b)*

3.1 Afstemming	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 4 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen	
De nodige afspraken (schriftelijk/digitaal) zijn gemaakt in het kader van de onderlinge afstemming, waaronder overdracht. Deze zijn bekend bij de cliënt en zijn/haar sociale netwerk.		Nee
Eis 9 Inkoopdocument Activerend werk Zorgvorm specifieke eisen	Activerend Werk	
Aanbieder Activerend werk is verantwoordelijk voor het aantoonbaar monitoren van de ontwikkeling van de cliënt op de gestelde doelen opgesteld door lokale toegang samen met cliënt.		Nee
Aanbieder Activerend werk informeert de lokale toegang op elk gewenst moment over het functioneren en de ontwikkeling van de cliënt op de werkplek. <ul style="list-style-type: none"><li>- Minimaal middels een voortgangsbericht na 3 maanden in geval van ontwikkelarrangement.</li><li>- Na 6 maanden in geval van stabiel arrangement.</li></ul>		Nee

## 4 Kwaliteit van personeel en organisatie

*Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub c.)*

4.1 Kwaliteitssysteem	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 7 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen	
De opdrachtnemer werkt aantoonbaar aan kwaliteit: de inschrijver beschikt over een kwaliteitssysteem (beleid, protocol of beschreven werkwijze vertaald in een kwaliteitshandboek). Onder een kwaliteitsbeleid/werkend kwaliteitssysteem wordt tenminste verstaan: het systematisch uitvoeren van zelfevaluaties over de bereikte kwaliteit en de daaruit voortvloeiende verbeterplannen.		Ja

4.2 Personeelsbeleid	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 13 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve als alleen activerend werkgeboden wordt	
Opdrachtnemer heeft passend beleid waarin minimaal beschreven staat: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoe de opdrachtnemer ervoor zorgt dat hij zelf en zijn voor de opdracht in te zetten medewerkers op de hoogte is van de laatste ontwikkelingen binnen de branche.</li> </ul> (Eis 13 van het Algemeen programma van eisen is in zijn geheel niet van toepassing voor aanbieders Activerend werk)	Nee	

<sup>1</sup> Op de website [www.inkoopscg.nl](http://www.inkoopscg.nl) staat een limitatief overzicht met relevante mbo-/hbo-/wo-opleidingen richting Zorg en Welzijn

4.4 Informatievoorziening en website	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 16 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Van toepassing op alle zorgvormen	
De opdrachtnemer beschikt over een actuele website, waar hij tenminste op publiceert: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Een actueel overzicht van de gecontracteerde producten en diensten aan cliënten.</li> <li>- De klachtenregeling incl. het klachtenjaarverslag.</li> <li>- Wachtlijden.</li> </ul> (In afwijking van eis 16 algemeen programma van eisen geldt voor Activerend werk dat het voldoende is dat organisatie beschikt over een website met minimaal informatie over de organisatie en contactgegevens van de aanbieder).	Deels	

## 5 Rechten van de cliënt

*Wettelijke kwaliteitseis: De voorziening wordt verstrekt met respect en in acht neming van de rechten van de cliënt (Wmo 2015, art. 3.1, tweede lid sub d.).*

5.1 Klachtenregeling	Eisen zijn van toepassing op	Ja/Nee/Deels /N.v.t.
Eis 9 Inkoopdocument Algemeen programma van eisen	Alle zorgvormen, behalve indien alleen activerend werk wordt geboden.	
De cliënt wordt geïnformeerd over de klachtenregeling.		Nee
De opdrachtnemer stelt jaarlijks een openbaar klachtenjaarslag/klachtenlijst op en publiceert dit op zijn website.		Nee
In het klachtenjaarslag/klachtenlijst is minimaal beschreven: <ul style="list-style-type: none"><li>- Hoeveel klachten zijn ingediend.</li><li>- Welke klachten zijn ingediend (beschrijving van de klacht, incl. het thema van de klacht).</li><li>- De afhandelingstermijn (per klacht).</li><li>- De wijze waarop de klachten zijn afgehandeld (per klacht).</li><li>- De wijze van communicatie en opvolging van de klachten (per klacht).</li><li>- Welke verbetermaatregelen naar aanleiding van de klachten zijn genomen (per klacht).</li></ul>		Nee



## GGD Gelderland-Midden

is onderdeel van de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden



## GGD Gelderland-Midden

Postbus 5364

6802 EJ ARNHEM

T 0800 8446 000

E [ggd@vggm.nl](mailto:ggd@vggm.nl)

I [www.ggdgm.nl](http://www.ggdgm.nl)



Gelderland-Midden