



WMO TOEZICHT

Definitief rapport kwaliteitsonderzoek

Naam: Coöperatie Boer en Zorg

Adres: Agro Businesspark 82

Postcode en woonplaats: 6708 PW Wageningen

Datum inspectie: 13 maart 2025

Coöperatie Boer en Zorg Wmo-toezicht

Inhoudsopgave

Inleiding	3
1. Het onderzoek	5
1.1 Onderzoeksopzet	
1.2 Beschouwing	
1.3 Conclusie	
1.4 Advies college B&W	
2. Observaties en bevindingen	14
2.1 Cliënten	
2.2 Personeel	
2.3 Veiligheid	
3. Gegevens aanbieder en toezichthouder.....	24

Bijlage 1: Zienswijze aanbieder

Bijlage 2: Onderzoeksactiviteiten

Bijlage 3: Getoetste voorwaarden/ toetsingskader

INLEIDING

Waarom toezicht?

Conform de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (hierna: Wmo), zorgt de gemeente ervoor dat burgers zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en participeren in de samenleving. Binnen dit kader draagt de gemeente zorg voor maatschappelijke ondersteuning in de vorm van:

- Het ondersteunen van de zelfredzaamheid en de participatie van personen met een beperking, (chronisch-) psychische en/of psychosociale problemen, in de eigen leefomgeving.
- Het bieden van beschermd wonen en opvang.

De gemeenten zijn daarbij ook verantwoordelijk voor de kwaliteit en de continuïteit van de voorzieningen. Om de kwaliteit van Wmo-voorzieningen te waarborgen, wordt door middel van toezicht op Wmo-voorzieningen getoetst of aanbieders voldoen aan de wettelijke en gemeentelijke kwaliteitseisen.

Wie is waarvoor verantwoordelijk?

De aanbieder van een voorziening is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de voorziening. De wetgever heeft besloten het toezicht op het naleven van de kwaliteitseisen van de voorzieningen te decentraliseren naar het lokale niveau. De gemeente draagt hiermee zorg voor (het toezicht op) de kwaliteit en de continuïteit van de voorzieningen. Conform artikel 6.1 van de Wmo 2015 heeft het college van burgemeester en wethouders van gemeenten in de regio Gelderland-Midden (waaronder gemeente Barneveld, gemeente Ede, gemeente Nijkerk en gemeente Scherpenzeel) de GGD Gelderland-Midden aangewezen als toezichthouder. In de regio Utrecht (waaronder inkoopregio Amersfoort, Utrecht West en Zuid Oost Utrecht) is GGD regio Utrecht de toezichthouder. De toezichthouders zijn belast met het houden van toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens de Wmo 2015. Zij adviseren of maatregelen nodig zijn om de kwaliteit te kunnen waarborgen. De bevoegdheden van de toezichthouder zijn opgenomen in de Algemene wet bestuursrecht (Awb) en de Wmo 2015.

Waarop is het toezicht gebaseerd?

Het toezicht is gebaseerd op de kwaliteitseisen die zijn opgenomen in hoofdstuk 3 van de Wmo 2015, de gemeentelijke verordening, contracteisen en (eventuele) nadere regelgeving.

Wat is het doel van dit rapport?

Dit rapport is opgesteld naar aanleiding van een onderzoek naar de kwaliteit van de voorziening, dat door de toezichthouders van GGD Regio Utrecht en GGD Gelderland-Midden is uitgevoerd. Het doel van dit rapport is:

1. Beschrijven in hoeverre de kwaliteit van de voorziening gewaarborgd is;
2. Informeren van de aanbieder en de gemeente(n)/inkoopregio over de kwaliteit van de voorziening.

Het onderzoek betreft een kwaliteitsonderzoek bij Coöperatie Boer en Zorg in opdracht van de gemeente Barneveld, gemeente Ede, gemeente Nijkerk, gemeente Scherpenzeel, inkoopregio Amersfoort, Utrecht West, Lekstroom en Zuid Oost Utrecht. Dit rapport beschrijft of de aanbieder aan de gestelde wettelijke en gemeentelijke kwaliteitseisen voldoet. Informatie uit eerder uitgevoerd Wmo toezicht door de toezichthouders van GGD regio Utrecht en GGD Gelderland-Midden en de verbeteracties vanuit Coöperatie Boer en Zorg zijn hierin meegenomen.

Leeswijzer

In het eerste hoofdstuk van dit rapport zijn de onderzoeksopzet en de beschouwing beschreven. Tevens is hier het advies aan de betrokken gemeente(n)/inkoopregio opgenomen. In het tweede hoofdstuk staan per domein de bevindingen van de toezichthouders beschreven. Vervolgens worden in het derde hoofdstuk de gegevens van de aanbieder en toezichthouders weergegeven. Ten slotte staat in de bijlagen;

- De schriftelijke reactie van de aanbieder;
- De onderzoeksactiviteiten;
- Het gebruikte toetsingskader inclusief de beoordeling.

1. HET ONDERZOEK

1.1 Onderzoeksopzet

Het toezicht bij Coöperatie Boer en Zorg betreft een gezamenlijke controle van de Wmo toezichthouders van GGD Gelderland-Midden en GGD regio Utrecht. Het gebruikte toetsingskader bestaat uit eisen uit de Wmo 2015 en aanvullende normen die door de gemeenten/inkoopregio's zijn vastgesteld (zie bijlage 3).

Toezihttraject

Het toezichttraject omvat een aantal onderdelen die worden ingezet om de kwaliteit van de ondersteuning in beeld te brengen. Deze onderdelen zijn: documentenanalyse, een interview met Coöperatie Boer en Zorg, bezoeken aan zorgondernemers/leden en inzage in cliënt- en personeelsdossiers. In bijlage 2 zijn de verschillende onderzoeksactiviteiten weergegeven. De betreffende bronnen zijn getoetst aan eisen die in het toetsingskader zijn opgenomen, waarbij Coöperatie Boer en Zorg fungeert als hoofdaanbieder, als gecontracteerde partij, en de leden als onderaannemer van de Coöperatie.

Ten behoeve van het onderzoek heeft op 13 maart 2025 een aangekondigd bezoek plaatsgevonden aan Coöperatie Boer en Zorg te Wageningen. Omdat de daadwerkelijke ondersteuning aan cliënten wordt geboden door de leden, de zorgondernemers, heeft ten behoeve van het onderzoek vervolgens een steekproef plaatsgevonden bij leden van Coöperatie Boer en Zorg waarbij middels een verkort onderzoek (een Quickscan) beoordeeld is of op vastgestelde onderdelen de ondersteuning voldoet aan de kwaliteitseisen.

Er zijn veertien leden geselecteerd voor de Quickscan; zes ervan zijn bezocht door de toezichthouder van GGD Gelderland-Midden, zes door de toezichthouder van GGD regio Utrecht en twee door hen beide. Bij twee Quickscans sloot een zorgconsulent van Coöperatie Boer en Zorg aan, zodat de Coöperatie inzicht in de werkwijze en toetsing van de Wmo toezichthouders kreeg.

Van de Quickscans zijn verslagen gemaakt en aan de leden teruggelegd die hierop een reactie konden geven. De gemeenten en Coöperatie Boer en Zorg ontvangen deze verslagen.

In dit rapport worden de geselecteerde leden niet bij naam genoemd, omdat de kwaliteitstoetsing immers de hoofdaanbieder betreft. Indien de Quicksan aanleiding geeft voor een volledig kwaliteitstoezicht bij het betreffende lid, wordt dit door de toezichthouder aan de gemeente(n)/inkoopregio geadviseerd.

De bevindingen van de toezichthouders zijn in een conceptrapport gedeeld en besproken met Coöperatie Boer en Zorg.

Doel van het toezicht

Het toezicht geeft een beeld en beoordeling van de kwaliteit van de ondersteuning die wordt geboden namens Coöperatie Boer en Zorg als gecontracteerde aanbieder in de regio Gelderland-Midden en de regio Utrecht. De bevindingen van een toezichttraject kunnen aanleiding geven tot een ontwikkeltraject en/of indien nodig handhavend optreden vanuit de betrokken gemeente(n)/inkoopregio.

Inspectiehistorie

In september 2020 heeft een kwaliteitsonderzoek plaatsgevonden bij Coöperatie Boer en Zorg door de Wmo toezichthouder van de GGD regio Utrecht (in opdracht van Inkoopregio's Amersfoort, Lekstroom, Utrecht-West en Vallei en gemeente Rhenen) en de Wmo toezichthouder van de GGD Gelderland-Midden (in opdracht van de gemeente Barneveld en gemeente Scherpenzeel).

Op basis van de bevindingen uit dit onderzoek concludeerden de toezichthouders dat de aanbieder niet voldeed aan alle wettelijke kwaliteitseisen uit de Wmo 2015 en de kwaliteitseisen opgesteld door de gemeenten. Tekortkomingen betroffen:

- Borging van controle op zorgdossiers;
- Deskundigheid: kwalificaties van personeel en deskundigheidsbevordering;
- Veiligheid: de aanwezigheid van een VOG voor aanvang van werkzaamheden;
- Toetsing van leden bij verschillende kwaliteitscertificaten;
- Het melden en analyseren van incidenten;
- Het uitvragen van cliëntgebonden risico's;
- Het gebruik en kennis van de meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling;
- Het melden van calamiteiten en geweld bij de verstrekking van de voorziening.

In juli 2021 vond hierop hercontrole plaats. De toezichthouders concludeerden hierin dat Coöperatie Boer en Zorg nog niet voldeed aan de gestelde wettelijke en gemeentelijke eisen. Tekortkomingen werden gesteld ten aanzien van:

- Deskundigheid: kwalificaties van personeel en deskundigheidsbevordering;
- Veiligheid: de aanwezigheid van een VOG voor aanvang van werkzaamheden;
- Het gebruik en de kennis van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- Het melden van calamiteiten en geweld bij de verstrekking van de voorziening.

Op 8 september 2022 vond een nieuw kwaliteitsonderzoek plaats bij Coöperatie Boer en Zorg door de Wmo toezichthouder van de GGD regio Utrecht (in opdracht van Inkoopregio Lekstroom) en de Wmo toezichthouder van de GGD Gelderland-Midden (in opdracht van de gemeente Nijkerk en Inkoop sociaal domein Centraal Gelderland).

Op basis van de bevindingen uit dit onderzoek concludeerden de toezichthouders dat de aanbieder hard op weg was met het borgen van de kwaliteit. Coöperatie Boer en Zorg had een aantal besluiten genomen die hiervoor moesten zorgen. Echter, in de praktijk werden deze maatregelen nog niet of niet voldoende uitgevoerd.

De toezichthouders concludeerden hiermee dat Coöperatie Boer en Zorg nog niet voldeed aan de gestelde wettelijke en gemeentelijke eisen. Tekortkomingen werden gesteld ten aanzien van:

- Deskundigheid: kwalificaties van personeel en deskundigheidsbevordering;
- Veiligheid: de aanwezigheid van een VOG voor aanvang van werkzaamheden;
- Het gebruik en de kennis van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- Het melden van incidenten, calamiteiten en geweld bij de verstrekking van de voorziening.

Voor de openbare rapporten van deze kwaliteitsonderzoeken wordt verwezen naar:

- [WMO-toezicht rapporten | GGD voor Professionals - Gelderland-Midden \(ggdgm.nl\)](#)
- www.toezichtwmo.nl

1.2 Beschouwing

Aanbieder

Coöperatie Boer en Zorg (hierna: CBZ), opgericht in 2010, bestaat uit een vereniging en een bedrijf. De vereniging wordt gevormd door de aangesloten zorgondernemers. Het bedrijf wordt gevormd door het bedrijfsbureau in Wageningen (www.cooperatieboerenzorg.nl). Het (bedrijfs)bureau bestaat uit een aantal teams die elk een deel van de dienstverlening voor de leden voor hun rekening nemen. Dit zijn: vier regioteams (ieder bestaande uit regiomanager, zorgconsulent, ondersteuning), cliëntenadministratie, expert team (kwaliteit, HR, aanbestedingen, projectleiding), financieel, applicatiebeheer en directie.

Van de website: "CBZ is een coöperatieve samenwerking van zo'n 260 kleinschalige zorgaanbieders in Flevoland, Gelderland, Overijssel en Utrecht. Met elkaar en samen met onze partners in de regio's bieden we waardevolle zorg en ondersteuning op kleinschalige locaties in een mooie omgeving voor een zo breed mogelijke doelgroep (Jeugdzorg, Wmo en Wlz). Onze leden werken vanuit de kernwaarden van de coöperatie: gekend, geworteld, eigenheid, eenvoud en kwaliteit'.

CBZ biedt de ondersteuning vanuit de doelstelling (algemene doelstelling uit kwaliteitsbeleid): 'CBZ faciliteert de leden om kwalitatief goede zorg en continuïteit te kunnen bieden op hun zorgonderneming. Zij doet dit middels het verkrijgen van zorgcontracten. Daarnaast draagt CBZ zorg voor het uitbetalen van de geleverde zorg aan de leden. De Coöperatie declareert op haar beurt weer bij de financiers. CBZ biedt trainingen aan ter bevordering van de deskundigheid van haar leden, waardoor de kwaliteit van de zorg verbeterd kan worden'.

Sinds de start is CBZ gegroeid en heeft ten tijde van het kwaliteitsonderzoek in 2025 ongeveer 280 leden die zorg en ondersteuning bieden aan zo'n 6000 deelnemers.

De aanbieder biedt enkel gecontracteerde zorg op basis van Zorg in natura. Deze wordt geboden op basis van Wmo, jeugdwet en Wlz.

CBZ is ISO 9001 gecertificeerd.

CBZ maakt onderscheid in de volgende soorten leden:

- Blauwe leden: minimaal 90% van de ondersteuning wordt gedeclareerd via CBZ;
- Gele leden: leden die eigen contracten mogen hebben;

- Aspirant leden: in traject om lid te worden. Dat wil zeggen dat zij zorg en ondersteuning (nog) niet declareren via CBZ.

Om als lid toegelaten te worden dient een zorgverlener een keurmerk te hebben. Verder wordt er gekeken of een lid pas bij de coöperatie en de kernwaarden hierbij aansluiten. Om dit vast te stellen wordt een kennismakingsbezoek afgelegd en vindt toetsing door de toelatingscommissie plaats.

De afgelopen jaren hebben binnen de coöperatie diverse ontwikkelingen plaatsgevonden. In 2023 zijn de regio's opnieuw ingedeeld. De coöperatie bestaat nu uit vier regio's met ieder een regioteam.

1. Regioteam Achterhoek en Twente
2. Regioteam FoodValley, Gelderland-Midden en Rivierengebied
3. Regioteam IJsselland
4. Regioteam Randmeren en Utrecht

CBZ noemt in de afgelopen jaren, onder andere naar aanleiding van onderzoeken van Wmo toezichthouders en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, een ontwikkeling te hebben doorgemaakt waarbij de coöperatie van servicegericht naar meer controle, direct inzicht en een gezamenlijke verantwoordelijkheid ten aanzien van het borgen van kwaliteit van zorg is gegaan. Er is vaker contact met leden, bijvoorbeeld bij signalen en in netwerkbijeenkomsten. Ook vinden meer toetsingen plaats, bijvoorbeeld op zorgdossiers, kwalificaties en VOG's. Daarnaast wordt meer zorginhoudelijk meegekeken bij het bieden van de ondersteuning en vindt hierop follow up plaats. Ook is de toetsing bij aspirant leden uitgebreid.

De regioteams zijn uitgebreid. Naast een regiomanager bestaat ieder team nu uit een zorgconsulent en een ondersteuner. Tevens kan gebruik worden gemaakt van de expertise van een gedragsdeskundige (niet in dienst). Jaarlijks leggen de regiomanager en zorgconsulent bezoeken af aan de leden. Door de uitbreiding naar de zorgconsulent zijn deze bezoeken inhoudelijker van aard geworden en wordt nu bijvoorbeeld meegekeken met de inhoud van ondersteuningsplannen, doelen en de inhoud van zorg.

Drie regioteams (Achterhoek en Twente, FoodValley, Gelderland-Midden en Rivierengebied en Randmeren en Utrecht) worden vanaf september 2025 nog verder versterkt met een tweede zorgconsulent. Daarnaast wordt p[dit moment een adviseur bedrijfsvoering geworven die voor leden in alle regio's inzetbaar is.

De aanbieder heeft verder de checklist bij bedrijfsbezoeken uitgebreid. In het formulier is nu bijvoorbeeld opgenomen dat de eisen van huidige contracten nagelopen dienen te worden.

Een andere ontwikkeling is gericht op deskundigheid en deskundigheidsbevordering. Ieder lid dient nu iedere twee maanden een actueel overzicht te verstrekken aan de coöperatie ten aanzien van de kwalificaties en aanwezigheid van een VOG van alle medewerkers, vrijwilligers en stagiaires.

De coöperatie heeft verder een drietal trainingen opgezet en verplicht gesteld. Eén training richt zich op de onderdelen van veiligheid, zoals de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en het melden van incidenten. Daarnaast zijn twee trainingen opgezet en verplicht gesteld omtrent methodisch werken met het registratiesysteem en het registreren en fiatteren in het registratiesysteem.

CBZ wil deskundigheidsbevordering en deelname hieraan stimuleren. Blauwe leden krijgen een voucher die voor trainingen ingezet kunnen worden.

Contract Wmo en voorzieningen

CBZ heeft zorgcontracten voor de Wlz, jeugdwet en Wmo. Vanuit de Wmo wordt met name de voorziening dagbesteding aangeboden.

CBZ is in de gemeente Barneveld, gemeente Ede, gemeente Nijkerk en gemeente Scherpenzeel gecontracteerd voor:

- Begeleiding (regulier / specialistisch)/ Woonondersteuning / Wooncoaching (extra) / Jongerencoaching;
- Dagbesteding (regulier / specialistisch)/ Dagopvang (extra)/ Dagactiviteiten (extra) en Vervoer;
- Beschermd werk;
- Tijdelijk/kortdurend verblijf;
- Beschermd wonen / Beschermd thuis (niet meegenomen in dit onderzoek).

In de inkoopregio Amersfoort, Utrecht West, Lekstroom en Zuid Oost Utrecht is CBZ gecontracteerd voor:

- Dagbesteding
- Ambulante ondersteuning
- Kortdurend verblijf

1.3 Conclusie

Op basis van de bevindingen uit dit onderzoek concluderen de toezichthouders dat de aanbieder zich lerend opstelt en hard op weg is met het borgen van de kwaliteit. Coöperatie Boer en Zorg heeft in de afgelopen jaren een aantal besluiten genomen die hiervoor moet zorgen en aanpassingen gedaan in de werkwijze. Dit zien en horen de toezichthouders ook terug tijdens de bezoeken bij leden.

De toezichthouders hebben 14 van de 280 leden van de coöperatie bezocht en getoetst, waarmee een beeld is gekregen van de ondersteuning die geboden wordt. Twee bezochte leden voldeden geheel aan de gestelde eisen, negen voldeden aan het merendeel van de getoetste eisen en drie voldeden hieraan deels. Naar aanleiding van één bezoek is de betreffende gemeenten geadviseerd een volledig kwaliteitsonderzoek uit te voeren bij dit lid van de coöperatie.

De toezichthouders concluderen dat de aanbieder hiermee nog niet volledig voldoet aan alle wettelijke kwaliteitseisen uit de Wmo 2015 en de kwaliteitseisen opgesteld door de gemeenten/inkoopregio. De toezichthouders stellen de volgende tekortkomingen vast:

- *Clientgerichtheid:*
Uit de bezoeken aan de leden blijkt dat zorgplannen niet altijd worden opgesteld door beroepskrachten met de juiste kwalificatie volgens de gemeentelijke eis. Ook blijkt dat doelen niet altijd SMART geformuleerd zijn, waardoor deze te algemeen blijven. Niet alle evaluatieverslagen zijn ondertekend door deelnemers in het registratiesysteem;
- *Medezeggenschap:*
Niet alle onderzochte leden hebben medezeggenschap (voldoende) georganiseerd;
- *Klachtenregeling:*
Niet elk lid heeft een passende klachtenregeling in gebruik, of heeft deze onder de aandacht gebracht bij deelnemers;
- *Kwalificaties medewerkers:*
Ondanks de periodieke check op diploma's zijn er bij leden toch medewerkers of eigenaren onvoldoende geschoold voor de werkzaamheden die zij verrichten, of vindt vervanging niet door een passend geschoolde medewerker plaats;

- *Kwaliteit:*
Leden hebben diverse documenten, protocollen en werkinstructies als onderdeel van een kwaliteitshandboek. Bij 5 van 14 leden is er een aandachtspunt voor het versiebeheer van deze stukken. Het is hier niet inzichtelijk hoe dit cyclisch plaatsvindt of het is kwetsbaar omdat het bij één medewerker is belegd.
- *Veilige verstrekking:*
Ondanks het beschikbare beleid en de werkinstructies vanuit de CBZ, is niet bij alle leden het incidentenbeleid bekend, is het onvoldoende uitgewerkt door dat betreffende lid of wordt er in de praktijk niet of nauwelijks aandacht aan incidenten besteed;
- *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling:*
Drie van de 14 onderzochte leden heeft de verplichte training omtrent veiligheid, met de meldcode als onderdeel niet gevolgd. Een deel van de bezochte leden hanteert een meldcode die te algemeen is en niet voor hun eigen zorgorganisatie is gespecificeerd of niet is geïmplementeerd in de praktijk;
- *Verklaringen omtrent gedrag:*
In de praktijk blijken niet alle medewerkers te beschikken over een VOG. Ook zijn enkele VOG's verouderd (ouder dan 3 jaar), in aanvraag of afgegeven met een onjuist screeningsaspect in plaats van screeningsprofiel.

De toezichthouders constateren verder het volgende aandachtspunt:

- Uit de bezoeken aan de leden blijkt nog weinig aandacht voor echtheidscontroles op diploma's en VOG's

1.4 Advies aan college van B&W

De toezichthouders constateren dat CBZ ten tijde van het toezicht niet voldoet aan alle getoetste kwaliteitseisen. De aanbieder is in de gelegenheid gesteld om een zienswijze te geven op de rapportage. Deze is opgenomen in de bijlage.

De toezichthouders adviseren de colleges van B&W om te handhaven op de eisen waaraan niet wordt voldaan (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.

2. OBSERVATIES EN BEVINDINGEN

2.1 Cliënten

Clientgerichtheid

Beschrijving:

CBZ zorgt voor formats en een digitaal registratiesysteem dat de leden gebruiken.

Jaarlijks vinden bedrijfsbezoeken plaats. Voorafgaand aan ieder bedrijfsbezoek vindt bij het betreffende lid een steekproef plaats op zorgdossiers. Hierbij wordt onder andere getoetst of alle zorgdossiers aanwezig en actueel zijn, een ondersteuningsplan en risico-inventarisatie bevatten en of evaluatie plaatsvindt.

Uit de bezoeken aan de leden blijkt dat alle zorgdossiers een ondersteuningsplan, risico-inventarisatie en evaluatieverslagen bevatten. Bij drie bezochte leden waren doelen in de plannen niet meetbaar en specifiek opgesteld (SMART), bij één lid werd het plan niet altijd opgesteld door een Hbo geschoolde medewerker (conform gemeentelijke eis) en werd het plan niet voor akkoord ondertekend. Uit dossiercontrole blijkt evaluatie regelmatig plaats te vinden, maar bij twee leden bleken evaluatieverslagen niet te worden ondertekend door de client.

Wat gaat goed?

- Coöperatie Boer en Zorg zorgt voor formats en een digitaal registratiesysteem, dat de leden gebruiken. Ook is er een verplichte training voor leden over het gebruik van het registratiesysteem. Aspirant leden moeten een toets met goed gevolg afronden voordat zij lid kunnen worden.
- De aanbieder controleert de uitvoering van de ondersteuning door middel van de ingediende declaraties. Tevens vindt toetsing plaats op de kwaliteit en volledigheid van zorgdossiers, volgens de toelichting controle clientdossiers
- Evaluaties worden periodiek, minimaal jaarlijks, uitgevoerd. Indien nodig volgt hierop een aanpassing van het ondersteuningsplan.

Wat moet beter?

- Zorg dat de juiste beroepskrachten de zorgplannen opstellen, met de juiste kwalificatie volgens de gemeentelijke eis.

- Uit de dossierinzage blijkt dat niet altijd doelen SMART geformuleerd zijn, waardoor deze te algemeen blijven. Let hier op tijdens de toetsing op zorgdossiers.
- Niet alle ondersteuningsplannen en evaluatieverslagen zijn ondertekend door deelnemers.

Ketensamenwerking en privacy

Beschrijving:

De bezochte leden hebben allen privacy beleid opgesteld en gaan zorgvuldig om met het verwerken van gegevens. Waar nodig wordt samengewerkt met andere hulpverleners en met het netwerk van de cliënt. Afspraken ten aanzien van de samenwerking en uitwisseling van informatie worden in de zorgdossiers vastgelegd.

Wat gaat goed?

- Formeel en informeel netwerk van een deelnemer is geïnventariseerd, in beeld en contactgegevens zijn opgenomen in de zorgdossiers
- In de praktijk wordt er afgestemd met het netwerk ten behoeve van de begeleiding van een deelnemer
- CBZ hanteert een privacyverklaring. De onderzochte leden hebben een eigen privacy reglement opgesteld en maakt deze kenbaar aan deelnemers via de website of een informatiepakket.

Medezeggenschap

Beschrijving:

CBZ heeft een centrale cliëntenraad. De leden dienen medezeggenschap verder binnen de locatie zelf te organiseren. Vijf van 14 onderzochte leden hebben dit echter onvoldoende of niet georganiseerd, negen leden hebben dit wel voldoende georganiseerd.

Wat gaat goed?

- CBZ heeft een centrale cliëntenraad ingesteld, volgens de medezeggenschapsregeling centrale cliëntenraad. De Centrale Cliëntenraad (CCR) behartigt de gemeenschappelijke belangen van de deelnemers bij de leden
- Ook is er een ledenraad ingesteld. De Ledenraad is het hoogste orgaan van de coöperatie.

Wat moet beter?

- Alle leden dienen medezeggenschap voor de eigen locatie/dienstverlening te organiseren.

Klachtenregeling

Beschrijving:

CBZ biedt een mogelijkheid voor het indienen van klachten voor de cliënten van de leden en heeft geïnvesteerd in de bekendheid van CBZ bij deelnemers. Flyers hiervan zijn verstrekt aan de leden om op te hangen op locaties of op een andere wijze onder de aandacht te brengen bij deelnemers. Uit de bezoeken aan de leden blijkt dat recent de klachtenregeling bij hen onder de aandacht gebracht is door CBZ. Echter blijkt ook uit de bezoeken aan de leden dat deze regeling niet altijd in de praktijk gebruikt wordt. 11 van de 14 bezochte leden heeft een passende klachtenregeling in gebruik. Drie van de 14 onderzochte leden heeft geen passende klachtenregeling in gebruik, heeft de klachtenregeling onvoldoende uitgewerkt of niet onder de aandacht gebracht bij deelnemers.

Wat gaat goed?

- De aanbieder biedt een mogelijkheid voor het indienen van klachten voor de cliënten van de leden van de CBZ. Deze mogelijkheid staat beschreven op de website.
- De aanbieder heeft geïnvesteerd in de bekendheid van CBZ bij deelnemers; bijvoorbeeld ten aanzien van het bieden van de klachtenfunctionaris.

Wat moet beter?

- Drie van de 14 onderzochte leden heeft geen passende klachtenregeling in gebruik, of een klachtenregeling die niet is uitgewerkt voor dat betreffende lid of heeft deze niet onder de aandacht gebracht bij deelnemers.

2.2 Deskundigheid

Kwalificaties medewerkers

Beschrijving:

In eerdere onderzoeken werd door de toezichthouders geconstateerd dat CBZ onvoldoende borgde dat leden voldoen aan deskundigheid en kwalificaties. Naar aanleiding hiervan moet ieder lid nu iedere twee maanden een overzicht aanleveren aan CBZ met de diploma's en VOG's van alle medewerkers, vrijwilligers en stagiaires. Uit de bezoeken aan de leden blijkt dat dit overzicht door hen in de praktijk wordt opgesteld en aan CBZ toegestuurd wordt.

Desondanks blijkt uit de bezoeken aan de leden dat bij vier leden de kwalificaties niet voldoen aan de gestelde eisen. Bij twee leden zijn niet alle medewerkers die ondersteuning bieden gekwalificeerd conform gestelde eisen, bij twee leden vindt vervanging bij vakantie of ziekte niet door een passend geschoolde medewerker plaats. Bij 10 leden voldeden de kwalificaties van de medewerkers wel aan de gestelde eisen.

CBZ heeft aandacht voor deskundigheidsbevordering. Hoe wordt vormgegeven aan deskundigheidsbevordering is in de checklist bedrijfsbezoek opgenomen. Blauwe leden ontvangen vouchers die ingezet kunnen worden voor scholing en ontwikkeling.

Via de Federatie Landbouw en Zorg worden trainingen aangeboden aan de leden. Verder heeft CBZ de training Veilige zorg en de training methodisch handelen ontwikkeld en verplicht gesteld voor alle leden. 11 van de bezochte leden heeft deze trainingen ook gevolgd, drie niet.

Wat gaat goed?

- Ter controle moeten de leden iedere twee maanden een overzicht aanleveren aan CBZ met diploma's en VOG's van alle medewerkers, vrijwilligers en stagiaires. Uit de gesprekken met leden, blijkt dat dit in de praktijk ook gebeurt.
- Scholing wordt door CBZ bevorderd.
- Leden bieden hun medewerkers passende en relevante scholing aan.

Wat moet beter?

- Ondanks de periodieke check op diploma's zijn er bij leden toch medewerkers onvoldoende geschoold voor de werkzaamheden die zij verrichten, is de eigenaar niet in het bezit van een passend diploma of vindt vervanging niet door een passend geschoolde medewerker plaats.

Wat kan beter?

- Uit de bezoeken aan de leden blijkt nog weinig aandacht voor echtheidscontroles op diploma's en VOG's

Kwaliteitskeurmerk en -verbetering

Beschrijving:

De leden hebben allen een kwaliteitskeurmerk, met name het keurmerk "Kwaliteit laat je zien". CBZ accepteert ook andere kwaliteitscertificaten en maakt geen onderscheid in controle en werkwijze. Uit de eerdere toezichtcontroles bleek dat er verschil zat in keurmerken. CBZ heeft hierop geen veranderingen ingevoerd.

Bij alle leden worden jaarlijks bedrijfsbezoeken afgelegd. Hierin worden onder andere gemeentelijke eisen besproken door de regiomanager die het bezoek aflegt. Ook de informatie vanuit financiële controles en dossiercontroles wordt meegenomen in het bedrijfsbezoek. Kwaliteitsverbetering is onderwerp van het bedrijfsbezoek waarbij gebruik wordt gemaakt van een checklist op een aantal afgesproken onderwerpen, zoals scholing en de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Middels de checklist wordt de leden gevraagd naar beleid en afspraken.

Het merendeel van de bezochte leden is tevreden over de ondersteuning die zij ontvangen van CBZ ten aanzien van declaraties, scholingsaanbod, controle op de zorgdossiers en afstemming bij afwijkende situaties of ten aanzien van gemeentelijke eisen. Twee leden hebben aangegeven veel wisselingen te hebben ervaren bij CBZ en hiervan last te hebben ondervonden.

Wat gaat goed?

- Alle leden hebben een kwaliteitskeurmerk. CBZ heeft een overzicht opgesteld van toegestane keurmerken.
- Bij alle leden worden jaarlijks bedrijfsbezoeken afgelegd. Hiervoor wordt het bedrijfsbezoekformulier gebruikt. Cliëntadministratie, financiën, dossiervoering, kwaliteit en samenwerking komen onder andere aan de orde.
- Leden worden op de hoogte gehouden van ontwikkelingen door een maandelijkse nieuwsbrief, bijeenkomsten of ledenportaal.

- Daarnaast bestaat er per regio een appgroep met leden in die regio voor uitwisseling op organisatieniveau.

Wat moet beter?

- Leden hebben diverse documenten, protocollen en werkinstructies als onderdeel van een kwaliteitshandboek. Bij vijf van 14 leden constateerden de toezichthouders een aandachtspunt voor het versiebeheer van deze stukken. Het is niet inzichtelijk hoe dit middels een cyclus gebeurt of het is kwetsbaar, omdat het bij één medewerker is belegd.

2.3 Veiligheid

Veilige verstrekking

Cliëntgebonden risico's worden geïnventariseerd. In alle zorgdossiers dient een risico inventarisatie opgenomen te zijn. CBZ toetst de aanwezigheid hiervan in de jaarlijkse dossiercontrole. Tijdens de bezoeken aan de leden blijkt dat alle zorgdossiers een actuele risico inventarisatie bevatten.

CBZ heeft beleid opgesteld omtrent het melden van incidenten en calamiteiten met een checklist en duidelijk stroomschema. Incidenten dienen door leden geregistreerd te worden in het registratiesysteem. Ondanks het beleid en de werkinstructie vanuit de coöperatie, is bij drie van de 14 onderzochte leden geen incidentenbeleid bekend, onvoldoende uitgewerkt door dat betreffende lid of wordt er in de praktijk niet of nauwelijks aandacht aan incidenten besteed.

Het melden van incidenten is tevens onderdeel van de verplichte scholing die leden dienen te volgen ten aanzien van veiligheid. Uit de registratie van CBZ blijken drie van de bezochte leden deze training echter niet gevolgd te hebben. Daarnaast geven tijdens de bezoeken vier leden aan deze training niet gevolgd te hebben, waarvan uit de registratie blijkt dat deze door de betreffende leden wel gevolgd is. 20 Deze training heeft in 2023 of 2024 plaatsgevonden en hiervan vindt geen herhaling plaats, ook niet bij bijvoorbeeld uitdiensttreding van medewerkers die de training gevolgd hebben. Hiermee wordt onvoldoende geborgd dat de training in de praktijk ook gebruikt blijft worden.

Wat gaat goed?

- In alle zorgdossiers dient een cliëntgebonden risico-inventarisatie opgenomen te zijn. CBZ toetst de aanwezigheid hiervan in de jaarlijkse dossiercontrole. Tijdens de dossierinzage bij de leden is deze in elk bekeken dossier aangetroffen
- CBZ heeft een werkinstructie melding incidenten, calamiteiten of klachten opgesteld. Incidenten dienen door leden geregistreerd te worden in het registratiesysteem. In de checklist voor bedrijfsbezoeken is het melden van incidenten opgenomen. Het melden van incidenten is tevens onderdeel van de verplichte scholing die leden dienen te volgen ten aanzien van veiligheid.

Wat moet beter?

- Ondanks het beleid en de werkinstructies vanuit de coöperatie, is bij drie van 14 onderzochte leden geen incidentenbeleid bekend, onvoldoende uitgewerkt voor dat betreffende lid of wordt er in de praktijk niet of nauwelijks aandacht aan incidenten besteed.
- Drie van de bezochte leden blijkt de verplichte training veilige zorg, waarin het melden van incidenten is opgenomen, niet te hebben gevolgd. De helft van de bezochte leden denkt deze niet te hebben gevolgd, waardoor de informatie uit deze training onvoldoende geborgd is.

Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Beschrijving:

CBZ heeft een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling opgesteld die door de leden uitgewerkt dient te worden en passend voor de eigen locatie dient te worden gemaakt. Uit de bezoeken aan de leden blijken vijf leden een meldcode te hanteren die te algemeen is en niet voor hun eigen organisatie is gespecificeerd of niet is geïmplementeerd in de praktijk.

De meldcode is opgenomen in de verplichte training omtrent veiligheid die nieuwe leden dienen te volgen en die bestaande leden hebben moeten volgen. Uit de bezoeken aan de leden blijken drie leden deze verplichte scholing niet gevolgd te hebben en de helft hiermee onvoldoende bekend te zijn.

Wat gaat goed?

- Naar aanleiding van de bevindingen uit eerdere onderzoeken is de training Veilige zorg opgesteld voor leden die o.a. de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling behandelt. De meldcode is verder onderdeel van de checklist bij het bedrijfsbezoek.
- CBZ heeft een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling opgesteld die door de leden op de eigen organisatie uitgewerkt dient te worden en passend voor de eigen locatie dient te worden gemaakt. In de algemene meldcode van CBZ is bij stap twee ook de mogelijkheid voor afstemming met CBZ opgenomen

Wat moet beter?

- Drie van de onderzochte leden heeft de verplichte training omtrent veiligheid, met de meldcode als onderdeel, niet gevolgd en de helft van de bezochte leden is in de veronderstelling deze niet gevolgd te hebben.
- Vijf van de 14 leden hanteren, ondanks beleid van CBZ, een meldcode die te algemeen is en niet voor hun eigen zorgorganisatie is gespecificeerd of niet is geïmplementeerd in de praktijk.

Calamiteiten en meldingsplicht

Beschrijving:

CBZ heeft passend beleid opgesteld waarin beschreven staat hoe, wanneer en waar de leden incidenten en calamiteiten dienen te melden. Hierin is tevens opgenomen hoe de coöperatie de meldingen oppakt, verwerkt en indien nodig meldt bij de desbetreffende toezichthouder/inspectie. CBZ blijkt indien nodig laagdrempelig contact op te nemen met de toezichthouder Wmo voor afstemming en overleg. CBZ kan indien van toepassing Prisma onderzoek doen en heeft hiervoor iemand getraind. Het melden van calamiteiten is onderdeel van de checklist bij het bedrijfsbezoek en opgenomen in de verplichte training omtrent veiligheid die nieuwe leden dienen te volgen en die bestaande leden hebben moeten volgen.

Uit de bezoeken aan de leden blijkt dat bij zes leden calamiteitenbeleid van CBZ niet bekend is of niet in beleid is opgenomen (terwijl wel bekend).

Wat gaat goed?

- CBZ heeft passend beleid opgesteld waarin beschreven staat hoe, wanneer en waar de leden incidenten en calamiteiten dienen te melden.
- Het melden van calamiteiten is onderdeel van de checklist bij het bedrijfsbezoek en opgenomen in de verplichte training omtrent veiligheid die nieuwe leden dienen te volgen en die bestaande leden hebben moeten volgen.
- CBZ meldt meldingsplichtige gebeurtenissen bij de toezichthouder en neemt laagdrempelig contact op met toezichthouder Wmo voor afstemming en overleg
- CBZ kan zelf een Prisma calamiteitenonderzoek doen als dit nodig is, hiervoor is iemand binnen de coöperatie getraind.

Wat moet beter?

- Bij zes van de 14 onderzochte leden is het calamiteitenbeleid van CBZ onvoldoende bekend of niet geborgd in beleid (terwijl wel bekend).
- Drie van de onderzochte leden hebben de verplichte training omtrent veiligheid, met het melden van incidenten als onderdeel, niet gevolgd en de helft van de bezochte leden is in de veronderstelling deze niet gevolgd te hebben.

Verklaring Omtrent het Gedrag

Beschrijving:

In eerdere onderzoeken werd door de toezichthouders geconstateerd dat CBZ onvoldoende borgde dat leden in bezit zijn van een geldige en passende VOG. Naar aanleiding hiervan moet ieder lid nu iedere twee maanden een overzicht aanleveren aan CBZ met de diploma's en VOG's van alle medewerkers, vrijwilligers en stagiaires. Uit de gesprekken met leden blijkt dat dit in de praktijk ook gebeurt. Desondanks blijkt uit de bezoeken aan de leden dat bij vier bezochte leden niet van alle medewerkers, vrijwilligers of stagiaires een actuele en passende VOG getoond kan worden. Niet altijd zijn alle medewerkers of vrijwilligers ook daadwerkelijk opgenomen op het overzicht dat aan CBZ wordt aangeleverd. Daarnaast is in enkele gevallen op het overzicht vermeld dat een VOG in aanvraag is, verouderd is of met een onjuist screeningsprofiel is aangevraagd. Opvolging hierop door CBZ vindt nog onvoldoende plaats.

Tien leden kunnen van alle medewerkers, vrijwilligers en stagiaires een passend VOG overleggen.

Wat gaat goed?

- Naar aanleiding van de eerdere bevinding dat CBZ onvoldoende geborgd heeft dat medewerkers van leden beschikken over een geldige VOG, is de werkwijze ingevoerd dat leden elke 2 maanden een overzicht invullen en toesturen aan de coöperatie met een overzicht met diploma's en VOG's van alle medewerkers, vrijwilligers, stagiaires. Uit de gesprekken met leden, blijkt dat dit in de praktijk ook gebeurt.
- De wens om dit proces te automatiseren wordt door CBZ onderzocht.

Wat moet beter?

- In de praktijk blijkt dat bij vier van de 14 onderzochte leden de VOG's niet op orde zijn; niet alle werkzame medewerkers hebben een VOG, VOG's zijn verouderd (ouder dan drie jaar), zijn in aanvraag of zijn afgegeven met een onjuist screeningsaspect in plaats van screeningsprofiel.

3. CONTACTGEGEVENS AANBIEDER EN TOEZICHTHOUDER

Gegevens aanbieder

Naam aanbieder:	Coöperatie Boer en Zorg b.a.
Adres aanbieder:	Argo Businesspark 82
Postcode en plaats	6708 PW Wageningen
KvK nummer:	51386747
Telefoonnummer:	0317-479740
Emailadres:	info@boerenzorg.nl
Website:	www.cooperatieboerenzorg.nl

Gegevens toezicht

Naam GGD	GGD Gelderland-Midden	GGDrU
Postadres	Postbus 5364	Postbus 51
Postcode en plaats	6802 EJ Arnhem	3700 AB Zeist
Telefoonnummer	0800-8446000	030-6086086
Onderzoek uitgevoerd door	Toezichthouder Wmo	Toezichthouder Wmo
In opdracht van	Inkoop sociaal Domein regio Centraal Gelderland en gemeente Nijkerk	Inkoopregio's Amersfoort, Utrecht West, Lekstroom, Zuid Oost Utrecht

Planning

Datum onderzoek:	13-03-2025
Datum conceptrapport:	06-06-2025
Datum bespreking rapport:	16-06-2025
Datum tweede conceptrapport:	30-06-2025
Schriftelijke reactie aanbieder:	23-07-2025
Vaststellen definitief rapport:	24-07-2025
Verzending definitief rapport:	24-07-2025

Bijlage 1. Zienswijze aanbieder

Bijlage 2. Onderzoeksactiviteiten

Gesprek Coöperatie Boer en Zorg 13 maart 2025 met:

- Directeur Zorg
- Regiomanager FoodValley, Gelderland-Midden en Rivierengebied
- Kwaliteitsadviseur

Bestudeerde documenten ontvangen op 7 maart 2025:

- Visie 2023-2028;
- Kwaliteitsbeleid, geen datum of versienummer;
- Toelichting op het kwaliteitsmanagementsysteem, geen datum of versienummer;
- Medezeggenschapsregeling centrale cliëntenraad, vastgesteld op 9 december 2022;
- Huishoudelijk reglement centrale cliëntenraad, vastgesteld op 31 maart 2023;
- Flyer klachtenprocedure;
- Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling, geen datum of versienummer;
- Document overzicht toegestane keurmerken;
- Flyer lid worden bij CBZ;
- Proces stoplichtmodel (Kwaliteit en regio's), geen datum of versienummer;
- Bedrijfsbezoekformulier;
- Werkinstructie melding incidenten, calamiteiten of klachten, versie 4.0;
- Format leveringsovereenkomst;
- Format Gezamenlijk Verantwoordelijkenovereenkomst (Uitwisselingsovereenkomst);
- Format Onderaannemingsovereenkomst aspiranten;
- Tekst bericht naar leden over de uitvraag Personeels- en VOG registraties;
- Nieuwsbericht Herijking opleidingsvoucher blauwe leden, 19 december 2024;
- Nieuwsbericht E-learning 'Veilige zorg' voor alle declarerende leden, 24 juli 2023;
- Begeleidende brief bij toesturen documenten, 7 maart 2025;
- Website <https://www.cooperatieboerenzorg.nl/>

Nagestuurde documenten ontvangen op 13 maart 2025:

- Nieuwsbericht E-learning 'Veilige zorg' voor alle declarerende leden
- Flyer: Een nieuwe deelnemer komt in zorg. Zo doen we dat bij de coöperatie;
- Beschrijving van het methodisch handelen via de Plan Do Check Act cyclus;
- Toelichting Controle cliëntdossiers bestemt voor de zorgaanbieders.
- Afbeelding overzicht uitvraag VOG's en diploma's;

Bezochte zorgondernemers/leden

Lid	Gemeente/inkoopregio	Datum quickscan	Datum definitief verslag
1.	Nijkerk, Amersfoort	01-04-2025	06-05-2025
2.	Scherpenzeel, Amersfoort	07-04-2025	15-05-2025
3.	Barneveld	07-04-2025	16-04-2025
4.	Ede, Barneveld	10-04-2025	16-04-2025
5.	Ede, Scherpenzeel	06-05-2025	02-06-2025
6.	Nijkerk	08-05-2025	05-06-2025
7.	Ede, Barneveld	15-04-2025	22-04-2025
8.	Nijkerk, Scherpenzeel	06-05-2025	02-06-2025
9.	Lekstroom	10-04-2025	08-05-2025
10.	Amersfoort	15-04-2025	28-05-2025
11.	Amersfoort	17-04-2025	03-06-2025
12.	Zuid Oost Utrecht	22-04-2025	05-06-2025
13.	Utrecht West	24-04-2025	05-06-2025
14.	Amersfoort	09-05-2025	26-05-2025

BIJLAGE 3. GETOETSTE VOORWAARDEN EN BEOORDELING

Voor het toezicht bij Coöperatie Boer en Zorg hebben GGD Gelderland-Midden en GGDrU een gezamenlijk toetsingskader opgesteld; bestaande uit de toetsingskader van beide GGD-en; met daarin de wettelijke kwaliteitseisen en uit Wmo2015, de aanvullende ondergrensnormen opgesteld door GGDrU samen met de 25 gemeenten waardoor GGDrU het toezicht uitvoert, en de specifieke contracteisen geldend voor de gemeenten in de regio GGD Gelderland-Midden; gemeente Barneveld, Ede, Nijkerk en Scherpenzeel. Dit staat in onderstaande matrix.

1. Cliënten

1.1	Clientgerichtheid	GGDrU	Barneveld	Ede	Nijkerk	Scherpenzeel	Beoordeling: ja/ nee/deels/ niet beoordeeld
1.1.1	De aanbieder draagt zorg voor dat de voorziening is afstemt op de reële behoefte van de cliënt (Art. 3.1, tweede lid sub a en b, Wmo).	v	v	v	v	v	ja
	En dat deze ondersteuning bijdraagt aan de zelfredzaamheid en participatie van de cliënt.	v	v	v	v	v	ja
1.1.2	De aanbieder heeft per cliënt een ondersteuningsplan opgesteld waarin het doel, de aard en de intensiteit van de begeleiding is vastgelegd.	v	v	v	v	v	ja
	Het plan heeft de instemming van de cliënt. Dit blijkt uit een registratie van de zorgaanbieder			v			deels
	Het plan heeft de instemming van de cliënt en is ondertekend door de cliënt of diens vertegenwoordiger.		v		v		deels
	Het ondersteuningsplan wordt opgesteld door een professionele medewerker met een afgeronde opleiding in Zorg en Welzijn zoals vastgelegd in de producteisen.		v	v		v	deels
1.1.3	De aanbieder draagt er zorg voor dat de cliënt en/of dienst vertegenwoordiger betrokken is bij het ondersteuningsplan.	v	v	v	v	v	ja

	Het sociale netwerk van de cliënt wordt actief betrokken bij bijvoorbeeld het opstellen van het plan.			v	v		ja
1.1.4	De aanbieder voert het ondersteuningsplan uit.	v	v	v	v	v	ja
	De aanbieder draagt er zorg voor dat ondersteuning start binnen de gestelde termijnen, zoals omschreven in de productomschrijvingen.		v			v	ja
	De aanbieder toetst en evalueert het ondersteuningsplan periodiek in samenspraak met de cliënt en/of dienst vertegenwoordiger.	v	v	v	v	v	ja
	De aanbieder is verantwoordelijk voor regelmatige evaluatiemomenten van de geboden ondersteuning, minimaal 1 keer per 6 maanden.					v	ja
	Het plan wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd.		v	v	v		ja
	Evaluatie vindt plaats door een professionele medewerker met een afgeronde opleiding in Zorg en Welzijn zoals omschreven in de producteisen			v			ja
	Van de evaluatie wordt een verslag opgemaakt		v	v	v		ja
	Het evaluatieverslag wordt door de cliënt ondertekend			v	v		deels
1.1.5	De voorziening wordt verstrekt in met respect voor en inachtneming van de rechten van de cliënt (Art 3.1, tweede lid sub d, Wmo).	v	v	v	v	v	ja
	De aanbieder draagt er zorg voor dat de medewerkers de cliënten passend en correct bejegenen.	v	v	v	v	v	ja
	De medewerkers zijn op de hoogte van de persoonlijke omstandigheden en levensgeschiedenis van de cliënt.			v	v		ja
	De locatie waar de dagactiviteit, beschermd werkplek/tijdelijk verblijf wordt geboden is goed toegankelijk en geschikt voor minder valide personen.		v			v	ja
	De ondersteuning wordt aangeboden in de eigen gemeente of een aangrenzende gemeente.					v	ja
	De Opdrachtnemer draagt zorg voor het vervoer naar en van de Wmo dagactiviteiten of beschermd werk locatie.		v				ja
	Opdrachtnemer is met het aanbieden van de opvang ook verantwoordelijk voor het vervoer van de Inwoners			v		Dagopvang basis,	ja

van en naar de opvanglocatie, mits hier een indicatie is afgegeven door de Gemeente.						dagopvang extra	
De aanbieder zal waar mogelijk afschalen naar lichtere vormen van ondersteuning, voorliggende voorzieningen of de Sociale Basis.	v					v	nb
Opdrachtnemer is verantwoordelijk voor het volgens plan afronden/ afschalen van de geboden ondersteuning.						Ambulante jeugdhulp 18+ dagopvang basis, dagopvang extra	nb
Opdrachtnemer is verantwoordelijk voor het volgens plan afronden/ afschalen van de geboden ondersteuning. Of het doorstromen naar regulier werk.						Beschermd werk	nb
In het plan is opgenomen binnen welk tijdbestek er kan worden afgeschaald.				v			nb
Er wordt gewerkt richting de uitstroom van de cliënten (bijv. richting een vervolgtraject). Indien van toepassing is er sprake van afschaling van begeleiding.				v			nb
Er wordt gewerkt richting de uitstroom van cliënten waarbij aandacht is voor de eigen kracht en het sociale netwerk van de cliënt.					v		nb
Opdrachtnemer betreft de Leefeenheid bij de ondersteuning. Onder Leefeenheid wordt verstaan degene(n) die duurzaam (samen) één huishouden voeren.	v						nb

1.2	Ketensamenwerking en privacy	GGDrU	Barneveld	Ede	Nijkerk	Scherpenzeel	Beoordeling: ja/ nee/ deels, niet beoordeeld
1.2.1	Een voorziening wordt in elk geval: afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en op andere vormen van	v	v	v	v	v	ja

	zorg of hulp die de cliënt ontvangt (Art. 3.1, tweede lid sub b, Wmo).					
	Met andere hulp- en zorgverleners (bijv. huisartsen, wijkverpleging) vindt zo nodig afstemming en de noodzakelijke gegevensuitwisseling plaats. Deze afspraken worden schriftelijk vastgelegd.	v	v	v		ja
1.2.2	De aanbieder draagt er zorg voor dat de cliënt toestemming geeft voor afstemming en samenwerking tussen ketenpartners, en dat deze toestemming schriftelijk wordt vastgelegd.	v				ja
	De inbreng van een multidisciplinaire team (indien van toepassing) is zichtbaar in het ondersteuningsplan.		v			nb
1.2.3	De aanbieder respecteert de privacy van de cliënten	v	v	v	v	ja
	De aanbieder heeft een privacyreglement of –protocol opgesteld en zorgt voor de uitvoering ervan.	v	v			ja
	De aanbieder draagt er zorg voor dat cliënten op de hoogte zijn van het privacyreglement.	v				ja
	Er wordt zorgvuldig omgegaan met de uitwisseling van gevoelige informatie (persoonsgegevens, medische gegevens e.d.).	v	v	v		ja
	Cliënten worden op begrijpelijke wijze geïnformeerd over hun rechten en plichten.	v	v	v	v	ja
1.2.4	De zorgaanbieder heeft op de eigen website op zorgvuldige en begrijpelijke wijze informatie kenbaar gemaakt die relevant is voor het aanbod van ondersteuning en de wijze van uitvoering van de ondersteuning		v			ja
	De aanbieder beschikt over een website waarop ten minste de volgende informatie is weergegeven: - contactgegevens, bezoekadres(sen) en telefoonnummer; - openingstijden; - dienstverleningsaanbod, rechten en plichten, etc.; - informatie over het indienen van Klachten; - privacy statement/protocol.	v			v	nb

De website dient voor de doelgroep gebruiksvriendelijk te zijn.						
De aanbieder bevordert toegankelijkheid van de website (conform EN 301 549/ WCAG 2.0).	v			v		nb

1.3	Medezeggenschap	GGDrU	Barneveld	Ede	Nijkerk	Scherpenzeel	Beoordeling: ja/ nee/ deels, niet beoordeeld
1.3.1	De aanbieder treft een regeling voor de medezeggenschap van cliënten over voorgenomen besluiten van de aanbieder die voor de gebruikers van belang zijn. (Art. 3.2, lid 1 sub b, Wmo).	v		v	v	v	deels
1.3.2	De aanbieder draagt er zorg voor dat cliënten op de hoogte zijn van de inspraak mogelijkheden.	v					deels
1.3.3	De aanbieder heeft een effectieve en laagdrempelige regeling voor medezeggenschap van deelnemers over het beleid van de aanbieder.		v				deels
	De cliënt kan desgewenst participeren in een cliëntenraad of vergelijkbaar platform.			v	v		deels
	De cliënt wordt gewezen op het bestaan van patiëntenverenigingen en lotgenotencontactgroepen.			v	v		nb

1.4	Klachtenregeling	GGDrU	Barneveld	Ede	Nijkerk	Scherpenzeel	Beoordeling: ja/ nee/ deels, niet beoordeeld
1.4.1	De aanbieder treft een regeling voor de afhandeling van klachten over gedragingen van de aanbieder jegens cliënten. (Art. 3.2, lid 1 sub a Wmo).	v	v	v	v	v	deels
1.4.2	De aanbieder draagt er zorg voor dat cliënten op de hoogte zijn van de klachtenregeling.	v	v	v	v	v	deels

1.4.3	De aanbieder neemt eventuele klachten in behandeling en handelt die tijdig en passend af.	v	v	v	v	deels
	De zorgaanbieder beschikt over een onafhankelijke klachtenfunctionaris of klachtencommissie voor de afhandeling van klachten.		v			deels
	De klachtenregeling is door de zorgaanbieder schriftelijk vastgelegd en gepubliceerd op de website van de zorgaanbieder.		v			n.b.

2. Personeel

2.1	Deskundigheid	GGDrU	Barneveld	Ede	Nijkerk	Scherpenzeel	Beoordeling: ja/ nee/ deels/ niet beoordeeld
2.1.1	De voorziening wordt veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht verstrekt (Art 3.1, tweede lid sub a, Wmo).	v	v	v	v	v	deels
	Medewerkers die werkzaam zijn bij de onderneming beschikken over ervaringen en kwalificaties en/of opleidingen die passend zijn bij de te verrichten activiteiten, complexiteit en aard van de problematiek van de cliënt.	v	v	v	v	v	deels
	Medewerkers die werkzaam zijn bij de onderneming beschikken over ervaringen en kwalificaties en/of opleidingen zoals omschreven gemeentelijke eisen of in de productomschrijvingen.		v	v	v	v	deels
2.1.2	De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende	v	v	v	v	v	ja

verantwoordelijkheid (Art. 3.1, tweede lid sub c, Wmo).							
De verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is duidelijk voor de medewerkers.		v		v		v	nb
Er is schriftelijk vastgelegd hoe de ondersteuning is georganiseerd en welke bevoegdheden de medewerkers hebben.		v					nb
De medewerkers handelen in overeenstemming met de professionele standaard.	v	v		v		v	ja
De aanbieder heeft beleid t.a.v. verantwoorde inzet van vrijwilligers.		v		v		v	ja
Inzet van Medewerkers , die niet voldoen aan de opleidingseisen, vindt ten alle tijde onder supervisie van professionele medewerkers plaats. Dit geldt ook voor de eventuele inzet van stagiaires en vrijwilligers.						v	ja
Medewerkers hebben voldoende kennis van de lokale sociale kaart en lokale wet- en regelgeving om de werkzaamheden goed te kunnen uitvoeren.		v				v	nb
De aanbieder is tenminste tijdens kantoortijden bereikbaar (fysiek, telefonisch en via email).		v		dagbesteding		v	nb
2.1.3 De aanbieder draagt zorg voor continuïteit op het gebied van personeelsinzet en ondersteuning.	v	v		v		v	Deels
Eén gediplomeerde begeleider ondersteunt op locatie maximaal 8 Inwoners. Vrijwilligers, andere			Dagactiviteit basis			Dagopvang basis en	ja

	Medewerkers of stagairs kunnen aanvullend worden ingezet.						beschermd werk	
	Eén gediplomeerde begeleider ondersteunt op locatie maximaal 6 Inwoners. Vrijwilligers, andere Medewerkers of stagairs kunnen aanvullend worden ingezet.		Dagactiviteit extra				Dagopvang extra	ja
	Eén gediplomeerde begeleider ondersteunt op locatie maximaal 8 Inwoners. Vrijwilligers, andere Medewerkers of stagairs kunnen aanvullend worden ingezet.		Beschermd werk					ja
	De groepsgrootte bestaat uit maximaal 8 cliënten per begeleider (bij een gemengde groep van dagbesteding regulier en dagbesteding zwaar geldt een groepsgrootte van maximaal 7 cliënten per begeleider).					Dagbesteding regulier		ja
	De groepsgrootte bestaat uit maximaal 6 cliënten per begeleider (bij een gemengde groep van dagbesteding regulier en dagbesteding specialistisch geldt een groepsgrootte van maximaal 7 cliënten per begeleider).					Dagbesteding zwaar		ja
	Er wordt uitgegaan van een groepsgrootte van gemiddeld 7 personen per in te zetten professional						dagbesteding	ja
2.1.4	De aanbieder heeft passend beleid ontwikkeld op het gebied van: kwaliteitszorg, personeelsbeleid, opleiding en scholing	v	v	v	v	v	v	ja

2.2	Kwaliteitsverbetering	GGDrU	Barneveld	Ede	Nijkerk	Scherpenzeel	Beoordeling: ja/ nee, niet beoordeeld
2.2.1	De aanbieder draagt er zorg voor dat de voorziening van goede kwaliteit is (Art. 3.1, eerste lid, Wmo).	v	v	v	v	v	ja
	De aanbieder heeft actuele werkinstructies en handelingsprotocollen.		v	v	v		ja
	De organisatie heeft een kwaliteitskeurmerk.				v		ja
	De aanbieder beschikt over een kwaliteitscertificaat waaruit blijkt dat de kwaliteit (inclusief veiligheid, doeltreffendheid en cliëntgerichtheid) systematisch wordt geborgd in de organisatie, bijvoorbeeld middel een geldig HKZ, ISO voor de zorg of een vergelijkbaar branchespecifiek certificaat conform gestelde eisen. Indien Opdrachtnemer geen certificaat kan overleggen dient de Opdrachtnemer aan te tonen dat Opdrachtnemer voldoet aan de kwaliteitseis en zich inzet voor kwaliteitsborging van ondersteuning aan Inwoners op een gelijkwaardige wijze als een kwaliteitscertificaat.		v				ja
	De zorgaanbieder heeft een kwaliteitskeurmerk afgegeven door een door de Raad voor Accreditatie (RvA) aangewezen instelling dat in ieder geval betrekking heeft op zorg, maatschappelijke en/of vergelijkbare			v			ja

	dienstverlening of een geldig instellingsgerelateerde kwaliteitsverklaring volgens het Kwaliteitsinstituut van het Zorginstituut Nederland en Nictiz.						
	Opdrachtnemer dient zijn dienstverlening van voldoende kwaliteit te laten zijn, blijkend uit het kunnen overleggen van een geldig, binnen de branche gangbaar, kwaliteitsborgingscertificaat (HZO, ISO of vergelijkbaar) en/of kwaliteitshandboek, in ieder geval betrekking hebbend op zorg, maatschappelijke en/of aanpalende dienstverlening.	v					ja
2.2.2	De aanbieder werkt continue aan kwaliteitsverbetering.	v					ja
	Er is een kwaliteitsmanagementsysteem in gebruik (processen worden structureel volgens (een aanwezig) plan geëvalueerd en de documenten zijn niet ouder dan drie jaar).	v	v	v			deels
	Kwaliteitsverbeteringen op basis van signalen van deelnemers (zoals klachten) en van cliënt- en medewerkerstevredenheidsonderzoeken) zijn aantoonbaar.	v	v				ja

3. Veiligheid

3.1	Veilige verstrekking	GGDrU	Barneveld	Ede	Nijkerk	Scherpenzeel	Beoordeling: ja/ nee, niet beoordeeld
------------	-----------------------------	--------------	------------------	------------	----------------	---------------------	--

3.1.1	De aanbieder draagt er zorg voor dat de ondersteuning aan de cliënt veilig wordt verstrekt (Art 3.1, tweede lid sub a, Wmo).	v	v	v	v	v	ja
	De aanbieder zorgt ervoor dat de omgeving waar de ondersteuning wordt geboden veilig is.	v	v	v	v	v	ja
	De aanbieder kent een brandveiligheids- en ontruimingsplan. Periodiek wordt ontruiming geoefend. Preventie infectieziekten: het gebouw en de inventaris zijn schoon en onderhouden.			v	v		ja
	Op de locaties waar de Wmo ondersteuning wordt aangeboden is altijd een persoon met een BHV diploma aanwezig (deze persoon hoeft niet tot de organisatie te behoren).		v	v			nb
	Op de locatie is tijdens de opvanguren altijd een BHV getrainde medewerker aanwezig					v	nb
3.1.2	De professionals zijn op de hoogte van algemene en cliëntgebonden risico's op het gebied van sociale en fysieke veiligheid.	v	v	v	v	v	ja
	De professionals nemen indien nodig in samenspraak met de cliënt of vertegenwoordiger de maatregelen in deze risico's te minimaliseren.	v	v	v	v	v	ja
	Het ondersteuningsplan bevat een risico-inventarisatie op die onderwerpen die voor de cliënt van toepassing zijn.			v	v		ja

	Signalen die duiden op mogelijke decompensatie of andere incidenten/calamiteiten worden vastgelegd (in een signaleringsplan)	v	v	nb
	De organisatie heeft afspraken gemaakt over het gebruik van alcohol en verdovende middelen.	v	v	nb
	De organisatie kent een medicatieprotocol.	v	v	ja
3.1.3	De aanbieder heeft beleid op veiligheid van personeel en cliënten ten aanzien van ongewenst gedrag.	v		nb
	De aanbieder draagt er zorg voor dat personeel en cliënten op de hoogte zijn van het beleid ten aanzien van ongewenst gedrag.	v		nb
	Alle Medewerkers zijn getraind in signaleren van misstanden bij de zorgvragende Inwoners en op de hoogte van het melden van signalen volgens de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en lokale meldpunten.		v	deels
	De aanbieder kent een agressieprotocol.	V	v	Ja
	Het personeel is geschoold in het omgaan met agressie.	v	v	nb
	Medewerkers zijn bekend met het beleid en de visie van de aanbieder rondom vriendschap, intimiteit, seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag, preventie van seksueel misbruik en het melden van seksueel misbruik.	v	v	nb

3.1.4	Er is een intern meldingssysteem voor incidenten, fouten en bijna fouten dat operationeel is. Melden, registreren, analyse, verbeteractie en terugkoppelen van incidenten, fouten en bijna fouten aan melder en team is geregeld. Incidenten worden intern besproken en er worden verbetervoorstellen geformuleerd.	v	v	v	v	deels
	Er is sprake van een lerende organisatie.	v	v	v		deels
	Nazorg bij calamiteiten en incidenten is geregeld.	v	v	v		nb

3.2	Meldcode huiselijke geweld en kindermishandeling	GGDrU	Barneveld	Ede	Nijkerk	Scherpenzeel	Beoordeling: ja/nee/ niet beoordeeld
3.2.1	De aanbieder heeft een meldcode vastgesteld waarin stapsgewijs is opgenomen hoe met signalen van huiselijk geweld of (kinder)mishandeling wordt omgegaan en die er redelijkerwijs aan bijdraagt dat zo snel en adequaat mogelijk hulp kan worden geboden. (Art. 3.3, eerste lid Wmo).	v	v	v	v	v	deels
	De aanbieder bevordert de kennis en het gebruik van de meldcode. (Art. 3.3, tweede lid Wmo).	v	v	v	v	v	deels
	De inhoud van de meldcode voldoet aan de wettelijk gestelde eisen. (Art. 3.3, derde lid Wmo).	v	v	v	v	v	deels
	Medewerkers zijn geïnstrueerd over en in staat tot het hanteren van de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.		v	v	v	v	deels

3.3	Calamiteiten en meldingsplicht	GGDrU	Barneveld	Ede	Nijkerk	Scherpenzeel	Beoordeling: ja/ nee, niet beoordeeld
3.3.1	De aanbieder doet bij de toezichthoudende ambtenaar onverwijld melding van iedere calamiteit die bij een voorziening heeft plaatsgevonden. (Art 3.4, eerste lid sub a, Wmo).	v	v	v	v	v	deels
	De aanbieder doet bij de toezichthoudende ambtenaar onverwijld melding van geweld bij de voorziening. (Art 3.4, eerste lid sub b, Wmo).	v	v	v	v	v	deels
	De aanbieder en de medewerkers die voor de aanbieder werkzaam zijn, verstrekken bij en naar aanleiding van een melding aan de toezichthoudende ambtenaar de gegevens, waaronder begrepen persoonsgegevens, gegevens betreffende de gezondheid en andere bijzondere persoonsgegevens voor zover deze voor het onderzoeken van de melding noodzakelijk zijn. (Art 3.4, tweede lid Wmo).	v	v	v	v	v	deels
3.3.4	De aanbieder werkt conform het protocol calamiteitentoezicht van de Wmo toezichthouder.	v	v	v	v	v	deels

3.4	Verklaring omtrent het gedrag en vergewisplicht	GGDrU	Barneveld	Ede	Nijkerk	Scherpenzeel	Beoordeling: ja/ nee/niet beoordeeld
3.4.1	Betaalde beroepskrachten en vrijwilligers, die worden ingezet door de organisatie en werken met de cliënten, zijn in het bezit van een geldige VOG (met screeningsprofiel 45 Gezondheidszorg en welzijn van mens en	v	v	v	v	v	deels

dier) bij aanvang van de werkzaamheden.				
Deze verklaring mag bij indiensttreding van de werknemer niet ouder zijn dan drie maanden.	v		v	ja
Na de eerste aanvraag geldt een maximale geldigheidsduur van drie jaar.	v	v	v	deels
Opdrachtnemer heeft een vergewisplicht, dit houdt in dat de Opdrachtnemer het arbeidsverleden van Medewerkers controleert door navraag te doen bij eerdere werkgevers of navraag te doen bij IGJ.			v	nb
De zorgaanbieder vergewist zich ervan dat de wijze waarop zorgverleners die zorg verlenen aan zijn cliënten, in het verleden hebben gefunctioneerd, niet in de weg staat aan het inzetten van de zorgverleners bij het verlenen van zorg en legt in beleid vast hoe hij dit vormgeeft. De vergewisplicht omvat minimaal een controle op echtheid van de VOG en het diploma die alle medewerkers en vrijwilligers overleggen.		v		nb

Van : Auke Vos, regiomanager en Saskia Brands, kwaliteitsadviseur
Aan : Suzanne Oonk, toezichthouder WMO VGGM en Anneloes Boddé,
toezichthouder WMO GGD RU
Cc :
Onderwerp : Zienswijze rapport WMO toezicht CBZ maart 2025
Datum : 23 juli 2025

Inleiding

De Coöperatie Boer en Zorg (CBZ) dankt de toezichthouders voor de waardevolle feedback die zij ons gegeven hebben.

We gaan aan de slag met zaken die verbeterd kunnen worden. Tevens vinden we het van belang om bepaalde conclusies in een evenwichtig perspectief te plaatsen. Daarom hebben we een omvang- en oorzakaanalyse uitgevoerd op de onderwerpen die de toezichthouder aanmerkt als “te verbeteren”.

Leeswijzer

In deze zienswijze geven we de nodige context en duiding op hetgeen door de toezichthouders is verwoord in het rapport. Dat doen we in het hoofdstuk “[Reactie CBZ op het rapport](#)”. In dit hoofdstuk verwijzen we naar de hoofdstukken in het GGD rapport waarin verbetermogelijkheden benoemd staan. Hierbij volgen we de nummering van het GGD rapport om de relatie met het rapport aan te geven. Per punt geven we aan wat er objectief en feitelijk is geconstateerd tijdens de QuickScans, wat onze duiding is en hoe wij hier opvolging aan geven.

In het hoofdstuk “[Conclusie CBZ](#)” geven we een samenvatting van de opvolging die wij geven aan dit kwaliteitsonderzoek.

Reactie CBZ op het rapport

1.3 Conclusie

Reactie CBZ op de conclusie in het rapport: het is goed te lezen dat de verbeteringen die CBZ sinds de bezoeken in 2022 heeft doorgevoerd, door de inspecteurs gezien en gehoord zijn tijdens de huidige bezoeken bij de zorgondernemers. We hebben de afgelopen jaren aanzienlijk geïnvesteerd in mensen en middelen om de kwaliteit van zorg bij leden nog verder te verbeteren en borgen. En deze investeringen t.b.v. verdere optimalisering, gaan nog steeds door.

Kijkend naar de verslagen van de QuickScans bij de bezochte zorgondernemers, zijn we, op één na, tevreden met individuele resultaten. Met de zorgondernemer waarvoor extra kwaliteitsonderzoek wordt geadviseerd door de GGD, gaat CBZ in gesprek over herstel van de bevindingen.

Helaas zien we dat in het algemene rapport soms generieke conclusies worden getrokken en de context, die in de verslagen van de QuickScans wel te lezen zijn, in het algemene rapport ontbreken.

CBZ zal daarom, zoals bovenstaand aangegeven, in deze zienswijze de nodige duiding en context geven bij de bevindingen.

2.1 Cliënten – cliëntgerichtheid

Bij 11 van de 14 bezochte zorgondernemers was het onderwerp “cliëntgerichtheid” volledig op orde. Bij 3 zorgondernemers zijn er 1 of meer bevindingen gedaan die hebben geleid tot de 3 onderstaande opmerkingen:

Bevinding GGD: *Zorg dat de juiste beroepskrachten de zorgplannen opstellen, met de juiste kwalificatie volgens de gemeentelijke eis.*

Feitelijk geconstateerd: In het rapport schrijft de GGD: “bij één lid wordt het plan niet altijd opgesteld door een Hbo geschoolde medewerker (pag. 14)”. Het gaat hier om een zorgondernemer waarbij 1 van de 4 zorgmedewerkers die zorgplannen opstellen, Hbo geschoold is en de overige 3 Mbo niveau 4 geschoold. De zorgondernemer voldoet aan de opleidingseisen, echter de gemeentelijke eis in dit geval is dat zorgplannen alleen opgesteld worden door Hbo geschoolde beroepskrachten.

Duiding CBZ: dit verbeterpunt is gebaseerd op een situatie bij één lid waarbij soms niet wordt voldaan aan een eis.

Opvolging: De uitvoering van deze specifieke gemeentelijke eis is met betreffende zorgondernemer besproken. Hieruit bleek enige miscommunicatie, ook in de toelichting tijdens de Quickscan. De betreffende zorgondernemer heeft aangegeven haar werkprocessen aan te passen waarbij de zorgprofessionals zo worden ingezet dat volledig aan de betreffende eis betreft personele inzet wordt voldaan.

De werkwijze die CBZ heeft geïmplementeerd waarbij zorgondernemers elke 2 maanden een overzicht aanlevert van medewerkers en hun hoogst genoten afgeronde opleiding, is afdoende om zicht te hebben op de kwalificaties van medewerkers die in dienst zijn bij aangesloten zorgondernemers. Dit conform afspraak zoals destijds met gemeenten/inkoopregio's. Desondanks zullen we dit werkproces wat verder aanscherpen om de opvolging beter te kunnen borgen.

Bevinding GGD: *Uit de dossierinzage blijkt dat niet altijd doelen SMART geformuleerd zijn, waardoor deze te algemeen blijven. Let hier op tijdens de toetsing op zorgdossiers.*

Feitelijk geconstateerd: In het rapport schrijft de GGD: ‘bij drie bezochte leden zijn doelen in de plannen echter niet meetbaar en specifiek opgesteld (SMART)’. In het rapport wordt niet toegelicht waar deze conclusie op gebaseerd is. Bij 1 zorgondernemer is in de QuickScan te lezen dat het SMART opstellen van doelen een aandachtspunt is, dat de aanbieder aangeeft geen training gevolgd te hebben omtrent het opstellen van doelen. Het is niet duidelijk of tijdens de toezicht bezoeken daadwerkelijk zorgplannen zijn ingezien waarin doelen niet SMART zijn opgesteld.

Duiding CBZ: omdat deze bevinding niet goed navolgbaar is, heeft CBZ een steekproef gedaan bij de bezochte zorgondernemers. 25% van het aantal dossiers van WMO cliënten bij alle 14 zorgondernemers is getoetst op de aanwezigheid van SMART doelen. Dit is uitgevoerd door de zorgconsulenten van CBZ, die de zorgondernemers ondersteunen bij en coachen op zorginhoudelijke kwaliteit.

De uitkomst van deze omvanganalyse komt overeen met het beeld dat de zorgconsulenten hebben van de kwaliteit van zorgplannen. Het SMART formuleren van doelen en de kwaliteit van rapporteren is

een terugkerend onderdeel tijdens het bedrijfsbezoek en de opvolging daarvan. Landelijk blijkt zowel uit onderzoek door WMO toezichthouders als onderzoek vanuit de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd dat het SMART formuleren van doelen aandacht vraagt. Het is niet realistisch om een positieve score van 100% te verwachten. Wel is en blijft het noodzakelijk dat zorgondernemers continu leren en verbeteren, waar nodig training volgen of begeleid worden door de zorgconsulenten van CBZ.

Opvolging: de steekproef gaf geen verrassend resultaat. Hieruit concluderen we dat CBZ voldoende zicht heeft op de zorginhoudelijke kwaliteit, waaronder het SMART formuleren van doelen. We erkennen dat die kwaliteit bij zorgondernemers soms beter kan of zelfs beter moet, en daar sturen wij ook op. Dit doen wij door:

- een systeem van dossiercontrole¹;
- ondersteuning van zorgondernemers door het regioteam waaronder zorgconsulent en gedragswetenschapper (op vraag en signaalgestuurd);
- stimuleren van deskundigheidsbevordering middels het Scholingsvoucher. We onderzoeken de mogelijkheden van een CBZ scholingsplan met aanbevolen en verplichte scholing;
- attenderen op scholing, publicaties, methodieken e.d. via de maandelijkse ledennieuwsbrief;
- stimuleren van kennisdeling bij regio bijeenkomsten of bijvoorbeeld via de Siilo app.
- Keurmerken toetsen op zorginhoudelijke kwaliteit en het continu leren en verbeteren. Alle aangesloten zorgondernemers hebben een gecertificeerd kwaliteitskeurmerk.

Bevinding GGD: *Niet alle ondersteuningsplannen en evaluatieverslagen zijn ondertekend door deelnemers.*

Feitelijk geconstateerd: In het rapport schrijft de GGD: “bij twee leden blijken evaluatieverslagen niet te worden ondertekend door de cliënt”. Het is niet geheel duidelijk of hiermee de zogeheten “natte handtekening” wordt bedoeld, of het instemmen van de cliënt met de evaluatie. Ook is niet duidelijk of de bevinding is gebaseerd op het daadwerkelijk inzien van zorgdossiers.

Duiding CBZ: omdat deze bevinding niet goed navolgbaar is, heeft CBZ een steekproef gedaan bij de bezochte zorgondernemers. 25% van het aantal dossiers van WMO cliënten, langer dan een jaar in zorg, bij alle 14 zorgondernemers is getoetst. Er is gekeken of het accorderen van het ondersteuningsplan en het instemmen met de evaluatie voldoet aan het beleid van CBZ dat ondersteund wordt door het cliëntvolgsysteem die alle zorgondernemers gebruiken: ONS Nedap. Het beleid is als volgt:

- Cliënten geven akkoord op het zorgplan waarbij via een dropdownmenu een optie wordt aangevinkt (is besproken met cliënt en deze is akkoord / het zorgplan moet ondertekend worden / wordt later besproken met cliënt / is niet akkoord bevonden door cliënt) OF door digitaal te laten ondertekenen,
- Cliënten geven akkoord op de evaluatie door het zorgplan actueel te maken, de evaluatie incl. datum daar in te verwerken waarna de cliënt weer akkoord geeft op het nieuwe zorgplan.
- In ONS Nedap is het niet mogelijk om de evaluatie als apart document onder de noemer “evaluatie” te accorderen. Dit kan alleen door middel van printen, ondertekenen en uploaden

¹ Dossiercontrole: op basis van steekproef onderzoekt de kwaliteitsmedewerker of dossiers compleet zijn. De zorgconsulent beoordeelt vervolgens de zorginhoudelijke kwaliteit van deze dossiers. De bevindingen van de dossiercontrole worden tijdens het bedrijfsbezoek door het regioteam met de zorgondernemer besproken en zo nodig worden vervolgafspraken gemaakt en een hercontrole gepland. De beoordeling van de zorginhoudelijke kwaliteit door de zorgconsulenten is een toevoeging aan het proces van dossiercontrole dat begin 2025 is geïmplementeerd.

onder “documenten”. Het opslaan onder “documenten” komt de traceerbaarheid van het zorgproces niet ten goede.

Het klopt dus dat evaluaties niet middels “natte handtekening” worden ondertekend. De extra handelingen die dit vraagt is vanuit administratieve last en vanuit de principes van dataminimalisatie en opslagbeperking (AVG) onwenselijk.

Opvolging: de uitkomst van de steekproef komt overeen met uitkomsten van de dossiercontroles zoals wij die uitvoeren. Het laten accorderen van zorgplannen en evaluaties is en blijft onze aandacht houden.

2.1 Cliënten – medezeggenschap

Bevinding GGD: *Alle leden dienen medezeggenschap voor de eigen locatie/dienstverlening te organiseren.*

Feitelijk geconstateerd: In het rapport schrijft de GGD: “Vijf van 14 onderzochte leden hebben medezeggenschap onvoldoende of niet georganiseerd”

Duiding CBZ: CBZ is altijd uitgegaan van de Wmcz in de informatievoorziening aan leden als het gaat om het inregelen van medezeggenschap. Wanneer een zorgondernemer 10 of meer medewerkers in dienst heeft die beroepsmatig zorg verlenen, dient er een cliëntenraad ingericht te worden. We zijn er ons nu van bewust dat de WMO een andere eis heeft als het gaat om de organisatie van medezeggenschap.

Opvolging: CBZ gaat de informatie over medezeggenschap aanpassen en dit verspreiden onder de leden. De vijf zorgondernemers die middels het GGD onderzoek zijn geattendeerd op deze eis, zijn inmiddels aan de slag met het organiseren van medezeggenschap.

2.1 Cliënten – klachtenregeling

Bevinding GGD: *Drie van de 14 onderzochte leden heeft geen passende klachtenregeling in gebruik, of een klachtenregeling die niet is uitgewerkt voor dat betreffende lid of heeft deze niet onder de aandacht gebracht bij deelnemers.*

Feitelijk geconstateerd: Via de QuickScans wordt duidelijk dat alle bezochte zorgondernemers bekend zijn met de klachtenregeling zoals CBZ die biedt voor aangesloten zorgondernemers, en daar ook gebruik van maken. Bij 3 zorgondernemers is gezien dat deze klachtenregeling niet op de juiste manier onder de aandacht wordt gebracht bij cliënten, en dat de informatie op hun website niet accuraat is. Eén zorgondernemer verwijst naar een Wzd-klachtenregeling bij cliënten dagbesteding, wat niet correct is.

Duiding CBZ: we zijn tevreden met de toegenomen bekendheid van de klachtenregeling van CBZ bij de zorgondernemers. CBZ heeft hier sinds medio 2024 flink in geïnvesteerd, o.a. via de Ledennieuwsbrief, door het verspreiden van een flyer die zorgondernemers kunnen verstrekken aan cliënten en doordat de klachtenfunctionaris zich actief bekendmaakt bij aangesloten zorgondernemers. We constateren dat er nóg meer aandacht aan dit onderwerp besteed moet worden.

Opvolging: de 3 zorgondernemers die door middel van de QuickScan zijn geattendeerd op deze bevinding, zijn erop aangesproken de informatie over de klachtenregeling op hun website en aan cliënten in orde te maken. CBZ checkt of verbetering is doorgevoerd.

Daarnaast informeert CBZ in samenwerking met de klachtenfunctionaris, middels de ledennieuwsbrief en tijdens bedrijfsbezoeken en andere contactmomenten op het juist gebruik van de verschillende opties voor klachtenregeling, het juist informeren van cliënten en het correct op de website weergeven van de informatie. CBZ werkt aan de ontwikkeling van een verbeterd intranet waardoor informatie nog beter beschikbaar is voor de zorgondernemers.

2.2 Deskundigheid – kwalificaties medewerkers

Bevinding GGD: *Ondanks de periodieke check op diploma's zijn er bij leden toch medewerkers onvoldoende geschoold voor de werkzaamheden die zij verrichten, is de eigenaar niet in het bezit van een passend diploma of vindt vervanging niet door een passend geschoolde medewerker plaats.*

Feitelijk geconstateerd: In het GGD rapport staat: *“Bij twee leden zijn niet alle medewerkers die ondersteuning bieden gekwalificeerd conform gestelde eisen, bij twee leden vindt vervanging bij vakantie of ziekte niet door een passend geschoolde medewerker plaats”.*

Duiding CBZ: CBZ heeft de overzichten van personeel van alle bezochte zorgondernemers geanalyseerd en daarbij gelet op de aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel, in relatie tot de producten die geleverd worden. Hieruit blijkt dat alle zorgondernemers medewerkers met de juiste kwalificaties in dienst hebben om betreffende producten te leveren. Dat laat onverlet dat bij enkele zorgondernemers niet alle werkzame medewerkers voldoen aan gestelde eisen voor de getoetste producten. Deze zullen hiervoor dan niet worden ingezet, tenzij boventallig, zoals bij vrijwilligers of stagiaires.

In geval van uitval door ziekte of vakantie dient er uiteraard gekwalificeerde vervanging georganiseerd te zijn. Bij enkele zorgondernemers is geconstateerd dat dit onvoldoende is georganiseerd. Echter, voor de reguliere levering van zorg voldoen zij aan de gestelde personele voorwaarden om deze te mogen leveren.

Opvolging: CBZ is voornemens om met een contractmanagementsysteem te gaan werken. Dit o.a. om nog beter de juiste inzet van gekwalificeerde zorgprofessionals op gecontracteerde producten te kunnen monitoren en daarop te acteren richting zorgondernemers waar dit niet op de juiste manier gebeurt.

2.2 Deskundigheid – kwaliteitskeurmerk en -verbetering

Bevinding GGD: *Leden hebben diverse documenten, protocollen en werkinstructies als onderdeel van een kwaliteitshandboek. Bij vijf van 14 leden constateerden de toezichthouders een aandachtspunt voor het versiebeheer van deze stukken. Het is niet inzichtelijk hoe dit middels een cyclus gebeurt of het is kwetsbaar, omdat het bij één medewerker is belegd.*

Feitelijk geconstateerd: In het GGD rapport staat: *“Bij vijf van 14 leden constateerden de toezichthouders een aandachtspunt voor het versiebeheer van deze stukken. Het is niet inzichtelijk hoe dit middels een cyclus gebeurt of het is kwetsbaar, omdat het bij één medewerker is belegd”.*

Duiding CBZ: dit punt behoort afgevangen te zijn door het hebben van een keurmerk, waarbij documentbeheer een belangrijk onderdeel is van een kwaliteitssysteem.

Opvolging: zorgondernemers die middels de QuickScan hierop zijn geattendeerd, zijn inmiddels bezig met het actualiseren van hun documenten en/of opstellen van een beleid voor versiebeheer. Daarnaast zal CBZ de betreffende Certificerende Instanties die bij deze zorgondernemers de kwaliteitsaudit uitvoeren, attenderen en aanspreken.

2.3 Veiligheid – veilige verstrekking

Bevinding GGD: *Ondanks het beleid en de werkinstructies vanuit de coöperatie, is bij drie van 14 onderzochte leden geen incidentenbeleid bekend, onvoldoende uitgewerkt voor dat betreffende lid of wordt er in de praktijk niet of nauwelijks aandacht aan incidenten besteed.*

Feitelijk geconstateerd: zoals hierboven geformuleerd.

Duiding CBZ: incidentenbeleid is inderdaad een aandachtspunt waar we, samen met de leden, aan werken.

Opvolging: De zorgconsulenten gaan in gesprek met de betreffende 3 zorgondernemers om het melden en leren van incidenten in hun organisatie te verbeteren.

Daarnaast informeert CBZ middels de ledennieuwsbrief en tijdens bedrijfsbezoeken en andere contactmomenten over het melden en leren van incidenten. Waar nodig ondersteunen zorgconsulenten op dit onderwerp. CBZ werkt aan de ontwikkeling van een verbeterd intranet waardoor informatie nog beter beschikbaar is voor de zorgondernemers.

Bevinding GGD: *Drie van de bezochte leden blijkt de verplichte training veilige zorg, waarin het melden van incidenten is opgenomen, niet te hebben gevolgd. De helft van de bezochte leden denkt deze niet te hebben gevolgd, waardoor de informatie uit deze training onvoldoende geborgd is.*

Feitelijk geconstateerd: zoals hierboven geformuleerd.

Duiding CBZ: Het is verklaarbaar dat tijdens het kwaliteitsonderzoek iemand is gesproken die de training niet heeft gevolgd, of dat men zich niet realiseert dat het de training betreft die men in 2023 / begin 2024 heeft gevolgd. Het volgen van een training door de eigenaar en een deel van de medewerkers (het aantal is afhankelijk van het aantal medewerkers en vrijwilligers die werkzaam zijn) is een middel. Het borgen van kennis in de organisatie is het doel. Cursisten dienen de kennis die zij hebben opgedaan in de training, te delen met hun collega's. Uit het rapport wordt niet duidelijk of kennis over de inhoud die in de training behandeld wordt bij de geïnterviewde personen ontbreekt. De conclusie dat informatie onvoldoende geborgd is, kan dus niet getrokken worden.

Wat wel terecht wordt opgemerkt in het rapport, is dat er geen herhaling van de training plaatsvindt bv. bij uitdiensttreding van medewerkers die de training hebben gevolgd. De verplichte training is onderdeel van het proces van lid worden van de coöperatie. Bij invoering van deze plicht hebben al bestaande leden ook de training moeten volgen. CBZ heeft op dit moment nog geen beleid voor het herhalen van de training.

Opvolging: het beleid van verplichte scholing zal worden aangevuld waardoor de borging van kennis bij bestaande leden wordt verbeterd.

2.3 Veiligheid – meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Bevinding GGD: *Drie van de onderzochte leden heeft de verplichte training omtrent veiligheid, met de meldcode als onderdeel, niet gevolgd en de helft van de bezochte leden is in de veronderstelling deze niet gevolgd te hebben.*

Reactie CBZ: De analyse van deze bevinding en opvolging is dezelfde als die over de [training veilige zorg in relatie tot melden incidenten](#).

Bevinding GGD: *Vijf van de 14 leden hanteren, ondanks beleid van CBZ, een meldcode die te algemeen is en niet voor hun eigen zorgorganisatie is gespecificeerd of niet is geïmplementeerd in de praktijk.*

Feitelijk geconstateerd: Zoals hierboven geformuleerd.

Duiding CBZ: deze bevinding is voor ons herkenbaar. Het is voor sommige zorgondernemers moeilijk om een praktische vertaling van wetgeving te maken. CBZ ondersteunt hierbij door zorgondernemers te informeren en te helpen een vertaling te maken naar de eigen organisatie.

Opvolging: de zorgconsulenten gaan in gesprek met de betreffende 5 zorgondernemers om de vertaling van de meldcode naar de eigen praktijk te verbeteren.

Daarnaast informeert CBZ middels de ledennieuwsbrief en tijdens bedrijfsbezoeken en andere contactmomenten over de implementatie van de meldcode. Waar nodig ondersteunen zorgconsulenten op dit onderwerp. CBZ werkt aan de ontwikkeling van een verbeterd intranet waardoor informatie nog beter beschikbaar is voor de zorgondernemers.

2.3 Veiligheid – calamiteiten en meldingsplicht

Bevinding GGD: *Bij zes van de 14 onderzochte leden is het calamiteitenbeleid van CBZ onvoldoende bekend of niet geborgd in beleid (terwijl wel bekend).*

Feitelijk geconstateerd: Zoals hierboven geformuleerd.

Duiding CBZ: Meldingsplicht is inderdaad een aandachtspunt waar we, samen met de leden, aan werken.

Opvolging: De zorgconsulenten gaan in gesprek met de betreffende 6 zorgondernemers om de implementatie van het calamiteitenbeleid te verbeteren. De ontwikkeling van een verbeterd intranet zal informatie nog beter beschikbaar maken voor de zorgondernemers.

Bevinding GGD: *Drie van de onderzochte leden hebben de verplichte training omtrent veiligheid, met het melden van incidenten als onderdeel, niet gevolgd en de helft van de bezochte leden is in de veronderstelling deze niet gevolgd te hebben.*

Reactie CBZ: De analyse van deze bevinding en opvolging is dezelfde als die over de [training veilige zorg in relatie tot melden incidenten](#).

2.3 Veiligheid – verklaring omtrent het gedrag

Bevinding GGD: *In de praktijk blijkt dat bij vier van de 14 onderzochte leden de VOG's niet op orde zijn; niet alle werkzame medewerkers hebben een VOG, VOG's zijn verouderd (ouder dan drie jaar), zijn in aanvraag of zijn afgegeven met een onjuist screeningsaspect in plaats van screeningsprofiel.*

Feitelijk geconstateerd: Vanuit de verslagen van de QuickScans kunnen we opmaken bij genoemde 4 zorgondernemers niet alle VOG's actueel zijn of soms nog in aanvraag. Het onjuiste screeningsaspect is "functieaspect 84. Dit betreft zorg voor minderjarigen". Deze keus is verklaarbaar gezien de doelgroep, maar niet conform de contracteis.

Duiding CBZ: Om deze bevinding in een evenwichtig perspectief te kunnen plaatsen heeft CBZ onderzocht hoeveel VOG's op orde zijn. Van de bezochte zorgondernemers is het meest recente overzicht van medewerkers, vrijwilligers en stagiaires geanalyseerd.

Resultaat:

Totaal VOG:	287	100%
Aantal in orde	271	94%
Aantal in aanvraag	12	4%
Aantal verlopen	4	1%

Hieruit blijkt dat veruit de meeste VOG's in orde zijn, 1% is te laat vernieuwd. Het functieaspect 84 wordt door 1 zorgondernemer gebruikt die veelal jeugdhulp biedt. Dit kan als incident worden gezien. Alle overige VOG's hebben een correct screeningsprofiel.

Opvolging: We onderschrijven het belang dat 100% van de VOG's in orde zijn. De VOG's die niet in orde bleken tijdens de QuickScans, zijn inmiddels hersteld of in aanvraag. CBZ ziet hierop toe.

Daarnaast geeft een recente evaluatie van het proces van uitvraag aanleiding om de gewenste doorontwikkeling te gaan uitvoeren. De koppeling met specifieke contracteisen (omtrent screeningsprofiel) vraagt om een contractmanagement systeem. Op dit moment loopt het onderzoek naar de geschikte leverancier. Daarnaast zal een verdere automatisering van de uitvraag de opvolging verbeteren, waardoor afwijkingen in VOG's of kwalificaties sneller opgelost worden.

Conclusie CBZ

In het hoofdstuk hierboven staat per verbeterpunt al beschreven welke opvolging CBZ er aan geeft. Hieronder geven we de rode draad weer.

Verbeterpunten met de zorgondernemers oplossen.

CBZ gaat in gesprek met de bezochte zorgondernemers bij wie verbeterpunten zijn geconstateerd. Deze individuele verbeterpunten worden onder begeleiding van CBZ door de zorgondernemers opgepakt, voor zover ze niet al zijn opgelost. Daarnaast gaan we Certificerende Instanties die kwaliteitsaudit uitvoeren, attenderen en aanspreken op de aandacht voor versiebeheer van documenten.

Huidige werkwijzen voortzetten.

We lezen in het algemene rapport en in de QuickScans terug dat de verbeteringen die CBZ heeft ingezet sinds de bezoeken in 2022, haar vruchten heeft afgeworpen. We zetten deze verbeteringen door en scherpen waar nodig verder aan.

- We blijven onze leden informeren over onderwerpen als de meldcode, klachtenregeling en incidenten en calamiteiten. De informatie over medezeggenschap gaan we aanscherpen. Dit zijn onderwerpen waarbij de kracht zit in de herhaling. Dit doen we via de Ledennieuwsbrief, bij bedrijfsbezoeken en andere contactmomenten met zorgondernemers. Dit doen we ook via het Ledenportaal en vanaf 2026 via een verbeterd intranet. Dit verbeterde intranet maakt informatie beter beschikbaar voor aangesloten zorgondernemers en het

faciliteert de zorgondernemers om met elkaar in contact te komen op onderwerpen waarin zij elkaar kunnen aanvullen of van elkaar leren.

- Het proces van uitvraag medewerkers, vrijwilligers en stagiaires heeft geleid tot zicht op kwalificaties en VOG. De recente evaluatie van het proces geeft aanleiding tot doorontwikkeling. De uitvraag die via Afas verloopt, wordt verder geautomatiseerd. Hierdoor zal de opvolging verbeteren waardoor afwijkingen in VOG's of kwalificaties sneller opgelost worden.
- Het systeem van dossiercontrole zoals we die uitvoeren blijkt ons voldoende zicht te geven op de kwaliteit van dossiers (zoals het laten accorderen van zorgplannen en evaluaties) en de zorginhoudelijke kwaliteit. Dit blijven we uitvoeren waarbij we met de uitbreiding van het aantal zorgconsulenten (3 nieuwe collega's die deze zomer zijn gestart) nog meer capaciteit hebben om zorgondernemers te ondersteunen op kwaliteit van zorg, waaronder smart formuleren van doelen.
- Het beleid van verplichte scholing voor nieuwe leden wordt aangevuld waardoor de borging van kennis bij bestaande leden wordt verbeterd. We onderzoeken de mogelijkheden van een CBZ scholingsplan waarbij we zorgondernemers helpen om de juiste deskundigheidsbevordering te kiezen. We maken dan onderscheid in aanbevolen en verplichte scholing.

Nieuwe ontwikkelingen.

Leden behoren zelf bekend te zijn met wetgeving en inkoopbeisen en CBZ ziet hierop toe. Omdat we te maken hebben met veel verschillende contracten, is het zicht hebben op alle specifieke inkoopbeisen (zoals met betrekking tot kwalificaties) soms ingewikkeld. Vanuit de wens om hier beter grip op te krijgen, zijn we voornemens om met een contractmanagementsysteem te gaan werken. Op dit moment loopt het onderzoek naar een geschikte leverancier, waarna aanschaf en implementatie zal volgen, voorzien in 2026.

Daarnaast wordt een Power BI dashboard ontwikkeld. Vooralsnog wordt de informatie die voorafgaand aan het bedrijfsbezoek wordt verzameld, geautomatiseerd en weergegeven in dit dashboard. Daarmee krijgen we beter inzicht in het voldoen van leden aan eisen.

