

DE KWALITEIT VAN WMO-ONDERSTEUNING DOOR GOED voor GOED in Sommeldijk

Rapportage heronderzoek kwaliteitstoezicht

INHOUDSOPGAVE

1. OORDEEL	3
2. VERVOLGACTIES	5
3. INLEIDING.....	7
3.1 Aanleiding en doel van het heronderzoek.....	7
3.2 Werkwijze	8
4. BEVINDINGEN OVER DE ONDERSTEUNING.....	9
4.1 De voorziening is doelmatig, doeltreffend, en cliëntgericht.....	9
4.2 De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp.....	11
4.3 De voorziening is veilig	13
4.4 De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard	15
4.5 De voorziening wordt verstrekt met respect voor en inachtneming van de rechten van de cliënt.	17
1. BIJLAGE 1 GERAADPLEEGDE DOCUMENTEN	19
2. BIJLAGE 2 REACTIE AANBIEDER.....	20

1. OORDEEL

In juni 2026 voerde Toezicht Wmo GGD Rotterdam-Rijnmond (hierna: Toezicht Wmo) een heronderzoek uit bij GOED voor GOED op de locatie Sommeldijk (hierna: GOED voor GOED). Het toezicht richtte zich specifiek op de geboden Wmo-ondersteuning die GOED voor GOED op Sommeldijk aan cliënten verleent. De aanleiding van het heronderzoek was het kwaliteitstoezicht van 27 november 2025, waarbij negen verbetermaatregelen zijn opgelegd en twee adviezen zijn gegeven.

Dit hoofdstuk begint met een samenvatting van het oordeel van de toezichthouders, per getoetste kwaliteitscriterium, weergegeven in de onderstaande tabel. Een nadere toelichting op deze oordelen is te vinden in hoofdstuk 4.

Criterium	Omschrijving	Oordeel ¹ eerste onderzoek	Oordeel heronderzoek
1.1	Er zijn (schriftelijke of digitale) dossiers, waarin informatie over cliënten en de ondersteuning aan cliënten is opgenomen.	Voldoet grotendeels	Voldoet grotendeels
1.8	De ontwikkeling van cliënt en de verleende ondersteuning worden aantoonbaar periodiek geëvalueerd.	Voldoet deels	Voldoet deels
2.2	Beroepskrachten stemmen aantoonbaar met elkaar af over de situatie en ontwikkeling van de cliënt en de te leveren ondersteuning.	Voldoet deels	Voldoet deels
2.6	Er vindt aantoonbaar afstemming plaats met het professionele netwerk.	Voldoet deels	Voldoet deels

¹ Voldoet, voldoet grotendeels, voldoet deels, voldoet grotendeels niet of voldoet niet

Criterium	Omschrijving	Oordeel eerste onderzoek	Oordeel heronderzoek
3.1	Er wordt voldoende rekening gehouden met de fysieke en sociale veiligheid van cliënten.	Voldoet niet	Voldoet grotendeels niet
3.2	De aanbieder heeft passend beleid of richtlijnen ontwikkeld, geïmplementeerd en geborgd in de organisatie voor incidenten en calamiteiten.	Voldoet grotendeels	Voldoet grotendeels
4.1	De door de aanbieder in het kader van de geboden voorziening aangewezen beroepskracht is vakbekwaam.	Voldoet grotendeels niet	Voldoet grotendeels
4.2	De beroepskracht (of door de zorgaanbieder ingezette vrijwilliger of stagiair) beschikt over een passende VOG.	Voldoet niet	Voldoet
5.3	De aanbieder heeft aantoonbaar passend beleid en richtlijnen ontwikkeld, geïmplementeerd en geborgd in de organisatie inzake de rechten van de cliënt.	Voldoet grotendeels	Voldoet grotendeels

2. VERVOLGACTIES

GOED voor GOED voldoet of voldoet grotendeels aan vijf van de negen opnieuw getoetste criteria, voldoet deels aan drie criteria en voldoet grotendeels niet aan één criterium.

Toezicht Wmo stelt vast dat GOED voor GOED op onderdelen aantoonbaar opvolging heeft gegeven aan de opgelegde verbetermaatregelen. De verbeteringen zijn zichtbaar in beleid, werkwijze en uitvoering van de ondersteuning. Zo ontwikkelde GOED voor GOED een nieuw format voor het ondersteuningsplan met daarin een geïntegreerde risico-inventarisatie, werden er vaste aanspreekpunten voor cliënten aangewezen, werden personeelsdossiers geactualiseerd en werd er een vaste VOG-procedure ingevoerd. Uit de gesprekken met cliënten blijkt bovendien, dat zij de ondersteuning als toegankelijk, betrokken en veilig ervaren en dat GOED voor GOED hen betreft bij het formuleren en evalueren van hun ondersteuningsdoelen. Daarnaast heeft GOED voor GOED voor de komende zes maanden een organisatiecoach aangetrokken. Deze brengt de gehele organisatie in kaart en stelt een organisatiebreed plan van aanpak op, gericht op verdere professionalisering na de sterke groei van de afgelopen jaren.

Tegelijk constateert Toezicht Wmo dat verschillende verbetermaatregelen zich nog in de implementatiefase bevinden. Het nieuwe planformat met risico-inventarisatie en privacyverklaring is nog niet in alle cliëntdossiers doorgevoerd, terwijl Toezicht Wmo het rapport op 26 februari 2026 vaststelde en borging per 27 april 2026 verwachtte. Ook kennen medewerkers het geactualiseerde meldprotocol nog niet. Daarnaast geeft de directeur aan, bewust niet structureel te willen rapporteren in het zorgadministratiesysteem, omdat dit volgens hem ten koste gaat van de geboden zorg. Daarmee laat GOED voor GOED de verbetermaatregel bij criterium 1.1 bewust onuitgevoerd. Deze keuze raakt ook de vastlegging van onderlinge afstemming en van afstemming met het professionele netwerk (criteria 2.2 en 2.6).

Naast de verbetermaatregelen gaf Toezicht Wmo in het eerste onderzoek twee adviezen mee. Deze adviezen maken geen onderdeel uit van het heronderzoek en wegen niet mee in de oordelen. De toezichthouders vroegen wel na of GOED voor GOED hieraan opvolging heeft gegeven. Het advies om de plattegronden met ontruimingsroutes in de kringloopwinkel te actualiseren, heeft GOED voor GOED opgevolgd. Tijdens de schouw zagen de toezichthouders dat de verouderde plattegrond is verwijderd en dat de aanwezige plattegronden aansluiten op de huidige indeling van het pand. Het advies een functieafbakening op te stellen waarbij rollen zonder VOG beperkt blijven in taken en bevoegdheden, heeft GOED voor GOED nog niet opgevolgd. De directeur geeft aan dat dit nog moet gebeuren.

Toezicht Wmo verwacht dat GOED voor GOED de ingezette kwaliteitsontwikkeling voortzet en de resterende aandachtspunten borgt in de organisatie. Dit betreft in elk geval: het structureel rapporteren van cliëntgebonden zaken in het zorgadministratiesysteem ZilliZ, het tijdig uitvoeren van evaluaties, de vastlegging van afstemming binnen het team en met het

professionele netwerk, de implementatie van de risico-inventarisatie in alle cliëntdossiers, het opstellen van protocollen voor risicovolle situaties en de bekendheid daarvan bij medewerkers, het aanscherpen van de definities in het meldprotocol, het vastleggen van vakbekwaamheidsbeleid, het aanpassen van het screeningsprofiel in de VOG-procedure en de uitrol van privacy formulieren in alle cliëntdossiers. Daarnaast verdient het advies een functieafbakening op te stellen voor rollen zonder VOG, blijvende aandacht.

Wij waarderen de open en transparante opstelling van GOED voor GOED gedurende het onderzoek. Toezicht Wmo beëindigt met dit rapport het toezicht en draagt de monitoring op de hierboven genoemde punten over aan gemeente Goeree-Overflakkee.

3. INLEIDING

3.1 Aanleiding en doel van het heronderzoek

Toezicht Wmo voerde op 27 november 2025 kwaliteitstoezicht uit naar de kwaliteit van de geboden Wmo-ondersteuning aan cliënten van GOED voor GOED op de locatie Sommeldijk. Het rapport werd op 26 februari 2026 vastgesteld. Toezicht Wmo constateerde in dit rapport verbeterpunten ten aanzien van de kwaliteit van ondersteuning en legde de volgende negen verbetermaatregelen op.

1. Zorg ervoor, dat alle begeleiders belangrijke cliëntgebonden zaken tijdig en uniform schriftelijk vastleggen in het zorgadministratiesysteem. (Norm 1.1.)
2. Zorg ervoor, dat evaluaties tijdig worden afgerond en ondertekend, zodat de voortgang van de begeleiding volledig en actueel blijft. (Norm 1.8.)
3. A. Zorg ervoor, dat interne overleggen structureel schriftelijk worden vastgelegd en centraal opgeslagen, zodat alle begeleiders toegang hebben tot gemaakte afspraken en besluiten. (Norm 2.2.)
B. Zorg ervoor, dat cliënten een vast aanspreekpunt krijgen dat verantwoordelijk is voor hun begeleiding, zodat duidelijk is wie de regie draagt en continuïteit wordt geborgd. (Norm 2.2)
4. Breng het professionele netwerk van cliënten in kaart en zorg, waar van toepassing, voor structurele afstemming tussen betrokken begeleiders en eenduidige vastlegging van relevante informatie in het cliëntdossier. (Norm 2.6.)
5. Breng individuele veiligheidsrisico's van cliënten volledig in kaart, leg deze vast in het cliëntdossier en zorg dat medewerkers passende tools inzetten om wijzigingen tijdig te signaleren en benodigde interventies uit te voeren. Stel relevante protocollen op en draag zorg dat deze bekend zijn bij de medewerkers. (Norm 3.1.)
6. Actualiseer het meldproces voor incidenten met een protocol waarin de juiste definities, de meldplicht en de rol van Toezicht Wmo bij calamiteiten en geweldsincidenten zijn opgenomen en borg dat de medewerkers dit kennen en toepassen. (Norm 3.2.)
7. Zorg voor een volledig en aantoonbaar overzicht van de vakbekwaamheid van alle begeleiders door diploma's en relevante opleidingen op te vragen, vast te leggen en te borgen in beleid en personeelsdossiers. (Norm 4.1.)
8. Voer een vaste VOG-procedure in en leg geldige VOG aantoonbaar vast voor alle functies waarvoor dit nodig is. (Norm 4.2.)
9. Zorg voor een structurele vastlegging van privacy en toestemming door het opnemen en borgen van privacy-formulieren in alle cliëntdossiers. (Norm 5.3.)

Adviezen

- Zorg dat alle plattegronden met ontruimingsroutes in de kringloopwinkel actueel zijn en aansluitend op de huidige indeling van het pand; vervang verouderde plattegronden en controleer direct of elders nog materialen aanwezig zijn die niet actueel zijn.
- Stel een duidelijke functieafbakening op waarbij rollen zonder VOG beperkt blijven in taken en bevoegdheden.

Toezicht Wmo verzocht GOED voor GOED de verbetermaatregelen uiterlijk op 27 april 2026 door te voeren binnen de organisatie en Toezicht Wmo daarover te informeren.

Met dit heronderzoek toetst Toezicht Wmo de criteria waarop een verbetermaatregel werd geformuleerd opnieuw. De twee adviezen uit het oorspronkelijke onderzoek maken geen onderdeel uit van het heronderzoek. De toezichthouders hebben tijdens het gesprek met de directeur wel nagevraagd of GOED voor GOED hieraan opvolging heeft gegeven.

3.2 Werkwijze

De toezichthouders hebben de verleende ondersteuning beoordeeld aan de hand van de kwaliteitseisen uit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de toetsingscriteria uit het Toezichtskader Wmo Rotterdam-Rijnmond zoals dat gold ten tijde van het eerste onderzoek. Binnen het heronderzoek toetst Toezicht Wmo uitsluitend de criteria waarop eerder een verbetermaatregel werd geformuleerd.

De criteria zijn afzonderlijk beoordeeld op basis van de terugkoppeling van GOED voor GOED d.d. 11 mei 2026 over de implementatie van de verbetermaatregelen, de kwaliteitsdocumenten van de aanbieder (zie bijlage 1), en de bevindingen tijdens het locatiebezoek op 15 juni 2026 aan de locatie Sommeldijk. Tijdens dit bezoek voerden de toezichthouders een schouw uit, zagen de toezichthouders drie cliëntdossiers in en raadpleegden zij drie personeelsdossiers. Daarnaast vonden gesprekken plaats met:

- de directeur;
- twee medewerkers (begeleiders);
- drie cliënten die gebruikmaken van de dagbesteding op de locatie Sommeldijk.

4. BEVINDINGEN OVER DE ONDERSTEUNING

Dit hoofdstuk beschrijft per thema de criteria, de bevindingen en het oordeel per norm. Toezicht Wmo gebruikt een vijfpuntschaal voor haar beoordeling. De punten hebben de volgende betekenis.

Oordeel	Betekenis
Voldoet	Aanbieder voldoet aan de norm. Toezicht Wmo constateert uitsluitend positieve bevindingen op deze norm.
Voldoet grotendeels	Aanbieder voldoet grotendeels aan de norm. Toezicht Wmo constateert overwegend positieve bevindingen op deze norm.
Voldoet deels	Aanbieder voldoet deels aan het criterium. Toezicht Wmo constateert zowel positieve als negatieve bevindingen op dit criterium.
Voldoet grotendeels niet	Aanbieder voldoet grotendeels niet aan de norm. Toezicht Wmo constateert voornamelijk negatieve bevindingen op deze norm.
Voldoet niet	Aanbieder voldoet niet aan de norm. Toezicht Wmo constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve bevindingen.

4.1 De voorziening is doelmatig, doeltreffend, en cliëntgericht

Toelichting

In samenwerking met de cliënt is een plan opgesteld, waaruit blijkt, welke voorziening wordt geboden en wat de ondersteuningsbehoeften en de daaraan gekoppelde doelen van de cliënt zijn. Ook wordt de ondersteuning regelmatig besproken, geëvalueerd en bijgesteld. De ondersteuning verloopt vervolgens zoals afgesproken om de eigen regie en zelfredzaamheid van de cliënt te stimuleren.

Verbetermaatregel

Zorg ervoor, dat alle begeleiders belangrijke cliëntgebonden zaken tijdig en uniform schriftelijk vastleggen in het zorgadministratiesysteem.

Criterium 1.1

Uitleg criterium	Oordeel
Er zijn (schriftelijke of digitale) dossiers, waarin informatie over cliënten en de ondersteuning aan cliënten is opgenomen.	Voldoet grotendeels*

Wat gaat goed?

- In de drie gecontroleerde cliëntdossiers is een ondersteuningsplan aanwezig met daarin de hulpvraag en de korte- en langetermijndoelen. De doelen en bijbehorende acties zijn voldoende SMART geformuleerd.
- Twee van de drie ondersteuningsplannen zijn aantoonbaar door de cliënt ondertekend. Het derde dossier betrof een conceptplan in het nieuwe format; ondertekening kon tijdens het bezoek niet worden vastgesteld.
- In de ambulante begeleiding legt de begeleider tweewekelijks rapportages vast in het zorgadministratiesysteem ZilliZ. Begeleiders op de locatie kunnen deze rapportages inzien.
- Bij bijzonderheden rapporteren begeleiders in het zorgadministratiesysteem ZilliZ. De toezichthouders troffen hiervan een voorbeeld aan in een dossier (van oktober 2025).
- Op de vestiging Stellendam en binnen de afdeling Cherity Re-use rapporteren begeleiders wel regelmatig in het zorgadministratiesysteem ZilliZ. Zij geven aan dit als prettig te ervaren.
- De drie gesproken cliënten kennen hun ondersteuningsplan en de doelen daarin en bevestigen dat zij hun plan hebben ondertekend.

Wat moet beter?

- Structurele en uniforme rapportage van cliëntgebonden zaken in zorgadministratiesysteem ZilliZ ontbreekt op de locatie Sommeldijk. In geen van de drie dossiers troffen de toezichthouders recente en uniforme rapportages aan. De directeur heeft aangegeven, te onderzoeken of rapporteren via spraak in het zorgadministratiesysteem ZilliZ mogelijk is.
- De directeur geeft aan, bewust niet structureel te willen rapporteren en dit niet in beleid te willen vastleggen, omdat dit volgens hem ten koste gaat van de zorg die de organisatie biedt. Hiermee volgt GOED voor GOED de verbetermaatregel niet op.
- Begeleiders dragen cliëntgebonden informatie over via e-mail en groepsapps. Deze informatie is niet terug te vinden in het cliëntdossier.
- Begeleiders geven aan, het digitaal vastleggen als een drempel te ervaren en dit uit te stellen.

*Toezicht Wmo weegt bij het oordeel mee, dat het criterium ziet op de aanwezigheid en kwaliteit van de cliëntdossiers. De ondersteuningsplannen zijn op orde: de hulpvraag en doelen zijn aanwezig, voldoende SMART geformuleerd en grotendeels ondertekend. Het oordeel 'voldoet grotendeels' laat onverlet dat GOED voor GOED de verbetermaatregel, die specifiek zag op het structureel rapporteren van cliëntgebonden zaken, niet heeft opgevolgd.

Verbetermaatregel

Zorg ervoor dat de evaluaties tijdig worden afgerond en ondertekend, zodat de voortgang van de begeleiding volledig en actueel blijft.

Criterium 1.8

Uitleg criterium	Oordeel
De ontwikkeling van cliënt en de verleende ondersteuning worden aantoonbaar periodiek geëvalueerd.	Voldoet deels

Wat gaat goed?

- Het zorgadministratiesysteem ZilliZ stelt de evaluatiedatum automatisch vast op zes maanden na het opstellen van het plan.
- GOED voor GOED beschrijft een cyclus waarin jaarlijks nieuwe doelen worden gesteld en halfjaarlijks een tussentijdse evaluatie plaatsvindt op de huidige doelen.
- De gecontroleerde evaluaties zijn door de cliënt ondertekend.

Wat moet beter?

- Evaluaties vinden niet altijd binnen de afgesproken termijn van zes maanden plaats. In één dossier zat één jaar en twee maanden tussen het plan en de evaluatie. In een ander dossier vond de evaluatie binnen een jaar plaats in plaats van binnen zes maanden.
- De gesproken cliënten geven aan, dat hun plan jaarlijks wordt geëvalueerd. De praktijk sluit daarmee niet aan op het halfjaarlijkse beleid.
- De verantwoordelijkheid voor het tijdig afronden en ondertekenen van evaluaties ligt bij individuele begeleiders. Een aantoonbaar controlemechanisme ontbreekt; medewerkers kijken hiervoor regelmatig in de dossiers.
- Een beleidsstuk over de evaluatiecyclus is bij de gesproken begeleiders niet bekend.
- Eén evaluatie was deels ingevuld (onvolledig) en niet puntsgewijs op de doelen.

4.2 De voorziening is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en andere vormen van zorg of hulp

Toelichting

De aanbieder zorgt ervoor, dat de continuïteit van de geboden voorziening is gewaarborgd. De ondersteuning is afgestemd op andere vormen van geboden hulp en zorg en dit netwerk is bij de cliënt bekend. In geval van meervoudige, complexe problematiek is één regisseur of coördinator aangewezen, die de nodige samenhang en continuïteit bewaakt.

Verbetermaatregel

- A. *Zorg ervoor, dat interne overleggen structureel schriftelijk worden vastgelegd en centraal worden opgeslagen, zodat alle begeleiders toegang hebben tot gemaakte afspraken en besluiten.*

- B. *Zorg ervoor, dat cliënten een vast aanspreekpunt krijgen dat verantwoordelijk is voor hun begeleiding, zodat duidelijk is wie de regie draagt en continuïteit wordt geborgd.*

Criterium 2.2

Uitleg criterium	Oordeel
Beroepskrachten stemmen aantoonbaar met elkaar af over de situatie en de ontwikkeling van de cliënt en de te leveren ondersteuning.	Voldoet deels

Wat gaat goed?

- Interne overleggen worden schriftelijk vastgelegd. De notulen staan centraal opgeslagen in de cloud (Google Drive) en gaan per e-mail naar alle begeleiders, ook naar begeleiders die niet bij het overleg aanwezig waren. De gesproken begeleider bevestigt dat zij van elk overleg notulen ontvangt.
- GOED voor GOED wijst vaste begeleiders aan en vermeldt deze in het ondersteuningsplan. De begeleider die het plan opstelt, wordt in de periode daarna de vaste begeleider van de cliënt.
- In de drie gecontroleerde cliëntdossiers, is een vast aanspreekpunt vermeld.
- In de dagelijkse praktijk stemmen begeleiders in persoon, per e-mail of telefonisch met elkaar af over cliënten. Zo delen begeleiders na afloop van een werkdag een statusupdate in de algemene app en dragen zij via deze kanalen aan elkaar over.
- Er vindt eens per drie tot vier weken een teamoverleg plaats.

Wat moet beter?

- Cliëntgebonden afstemming tussen begeleiders wordt (bewust) niet vastgelegd in het zorgadministratiesysteem ZilliZ; alleen bij bijzonderheden rapporteren begeleiders.
- De afstemming in persoon, per e-mail of telefonisch is niet terug te vinden in het cliëntdossier. Hierdoor blijft onderlinge afstemming beperkt aantoonbaar.
- Het vaste aanspreekpunt is nog niet voor alle cliënten duidelijk. Eén gesproken cliënt geeft aan, geen vast aanspreekpunt te hebben en verscheidene begeleiders te spreken.

Verbetermaatregel

Breng het professionele netwerk van de cliënten in kaart en zorg, waar van toepassing, voor structurele afstemming tussen betrokken begeleiders en eenduidige vastlegging van relevante informatie in het cliëntdossier.

Criterium 2.6

Uitleg criterium	Oordeel
Er vindt aantoonbaar afstemming plaats met het professionele netwerk.	Voldoet deels

Wat gaat goed?

- Het nieuwe planformat en het inschrijf-/registratieformulier bevatten velden voor het professionele netwerk van de cliënt, waaronder de huisarts, betrokken hulpverlening en een directe contactpersoon die bereikbaar is bij incidenten. Elke cliënt vult het registratieformulier bij start in.
- In de drie gecontroleerde dossiers is het inschrijfformulier aanwezig en is de huisarts telkens bekend.
- In de praktijk werkt GOED voor GOED actief samen met verschillende professionele netwerkpartners, waaronder behandelaren, ambulante begeleiders en andere betrokken zorgorganisaties.
- Zo blijkt uit de cliëntgesprekken, dat cliënten ervaren dat de ondersteuning wordt afgestemd met betrokken behandelaren wanneer de situatie daarom vraagt. Eén cliënt bevestigt, dat halfjaarlijks een multidisciplinair overleg plaatsvindt waarbij de betrokken hulpverleners aansluiten.
- Ook medewerkers beschrijven, dat regelmatig contact plaatsvindt met externe professionals. Bij een recente ernstige situatie rond een cliënt stemde GOED voor GOED direct af met de behandelende GGZ-instelling. In één gecontroleerd dossier is een gespreksverslag met de gemeente vastgelegd.

Wat moet beter?

- De netwerkgegevens in de dossiers zijn niet volledig. In één dossier ontbreken de contactgegevens van de behandelaar, in een ander dossier ontbreken de contactgegevens van de huisarts en in een derde dossier is het sociaal netwerk niet ingevuld en is de betrokkenheid van een externe zorgaanbieder niet terug te zien.
- Afstemming met het professionele netwerk wordt in de regel niet vastgelegd. Alleen wanneer uit de afstemming afspraken voortvloeien, neemt GOED voor GOED deze op in het ondersteuningsplan. Hierdoor blijft de afstemming beperkt aantoonbaar.

4.3 De voorziening is veilig

Toelichting

In het kader van de geboden voorziening wordt de veiligheid van de cliënt gewaarborgd en een vorm van toezicht op de fysieke en sociale veiligheid van cliënt geborgd en in kaart gebracht. Eventuele veiligheidsrisico's worden hierbij gesignaleerd, geanalyseerd en besproken met de cliënt en zijn of haar sociale netwerk. Voor huiselijk geweld,

kindermishandeling, incidenten en calamiteiten heeft de aanbieder passend beleid ontwikkeld, geïmplementeerd en geborgd. Ten behoeve van het medicatiegebruik door cliënten is eveneens passend beleid ontwikkeld.

Verbetermaatregel

Breng individuele veiligheidsrisico's van cliënten volledig in kaart, leg deze vast in het cliëntdossier en zorg dat medewerkers passende tools inzetten om wijzigingen tijdig te signaleren en benodigde interventies uit te voeren. Stel relevante protocollen op en draag zorg dat deze bekend zijn bij de medewerkers.

Criterium 3.1

Uitleg criterium	Oordeel
Er wordt voldoende rekening gehouden met de fysieke en sociale veiligheid van cliënten.	Voldoet grotendeels niet

Wat gaat goed?

- GOED voor GOED ontwikkelde een nieuw planformat ('Mijn Plan') met een risico-inventarisatie op zeven gebieden: lichamelijke veiligheid, medische incidenten en medicatie, gedrag en groepsdynamiek, dwaalgedrag en vermissing, grensoverschrijding, zelfredzaamheid bij calamiteiten en middelengebruik. Bij een midden of hoog risico beschrijft GOED voor GOED in een toelichting hoe hiermee wordt omgegaan. Het format bevat daarnaast contactgegevens voor bij een incident. GOED voor GOED is voornemens de risico's jaarlijks te evalueren en bij nieuwe risico's tussentijds aan te vullen.
- Begeleiders kennen de cliënten goed en signaleren veranderingen in de dagelijkse omgang. Zij lezen signaleringsplannen wanneer zij deze ontvangen en overleggen bij zorgen met de behandelende partij. Waar nodig zet GOED voor GOED hulpmiddelen in, zoals een multidisciplinair overleg of, met toestemming van de cliënt, een blaastest.
- Ook uit de cliëntgesprekken blijkt, dat cliënten zich veilig voelen binnen de voorziening. Cliënten geven aan, dat medewerkers toegankelijk zijn, adequaat handelen wanneer zich spanningen voordoen en ondersteuning bieden wanneer de situatie daarom vraagt.

Wat moet beter?

- Het nieuw ontwikkelde planformat inclusief de risico-inventarisatie is nog een concept en is niet breed geïmplementeerd. In twee van de drie gecontroleerde dossiers zijn geen individuele veiligheidsrisico's vastgelegd.
- GOED voor GOED beschikt niet over de relevante protocollen voor het omgaan met risico's en onveilige situaties, bijvoorbeeld een protocol 'omgaan met suïcidedreiging' en/of een protocol 'omgaan met agressie'. De wel beschikbare protocollen zijn onvoldoende bekend bij de beroepskrachten.

Het signaleren van wijzigingen in de situatie van een cliënt blijft afhankelijk van de kennis en oplettendheid van individuele medewerkers. Er is geen instrument waarmee medewerkers wijzigingen tijdig en gestructureerd signaleren.

Verbetermaatregel

Actualiseer het meldproces voor incidenten met een protocol waarin de juiste definities, de meldplicht en de rol van Toezicht Wmo bij calamiteiten en geweldsincidenten zijn opgenomen, en borg dat de medewerkers dit kennen en toepassen.

Criterium 3.2

Uitleg criterium	Oordeel
De aanbieder heeft passend beleid of richtlijnen ontwikkeld, geïmplementeerd en geborgd in de organisatie voor incidenten en calamiteiten.	Voldoet grotendeels

Wat gaat goed?

- Toezicht Wmo heeft vastgesteld dat GOED voor GOED stappen heeft gezet om het meldproces rondom incidenten en calamiteiten te verbeteren. Zo heeft de aanbieder een procedure opgesteld waarin zowel het intern als het extern melden van incidenten en calamiteiten is beschreven.
- Uit de gesprekken met medewerkers werd duidelijk, dat incidenten worden besproken binnen het team en dat er (intern) wordt gemeld wanneer zich incidenten voordoen.

Wat moet beter?

- Tijdens het heronderzoek is echter vastgesteld dat de nieuwe procedure nog niet volledig is uitgewerkt. Zo ontbreken de Wmo-definities van geweldsincidenten en calamiteiten en bevat de procedure nog een verwijzing naar een door Toezicht Wmo buiten gebruik gesteld meldingsformulier in plaats van de huidige meldknop.
- Medewerkers kennen het geactualiseerde protocol en de rol van Toezicht Wmo (nog) niet. Eén gesproken medewerker meldt incidenten mondeling bij de senior begeleider en is niet bekend met de rol van Toezicht Wmo bij calamiteiten en geweldsincidenten.

4.4 De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard

Toelichting

De beroepskracht is vakbekwaam. De aanbieder draagt daarvoor zorg door passend beleid op het gebied van kwaliteitszorg, personeelsbeleid (waaronder opleiding en scholing),

intervisiemomenten, een verantwoorde inzet van vrijwilligers en stagiaires, omgang met en de uitwisseling van (gevoelige) persoonsgegevens. Ook beschikt de aanbieder over een kwaliteitsmanagementsysteem of voldoet hij aan de in de branche vigerende certificaten en kwaliteitskeurmerken.

Verbetermaatregel

Zorg voor een volledig en aantoonbaar overzicht van de vakbekwaamheid van alle begeleiders door diploma's en relevante opleidingen op te vragen, vast te leggen en te borgen in beleid en personeelsdossiers.

Criterium 4.1

Uitleg criterium	Oordeel
De door de aanbieder in het kader van de geboden voorziening aangewezen beroepskracht, is vakbekwaam.	Voldoet grotendeels

Wat gaat goed?

- In alle drie gecontroleerde personeelsdossiers zijn relevante erkende diploma's aanwezig. In één dossier zijn ook aanvullende trainingen vastgelegd, waaronder medicatieveiligheid (2026) en de hygiëncode (2024).
- Uit de gesprekken met de directeur en medewerkers blijkt, dat GOED voor GOED bewuster stuurt op de deskundigheid van medewerkers en dat nieuwe medewerkers worden begeleid bij hun werkzaamheden. Tevens wordt aandacht besteed aan deskundigheidsbevordering door middel van scholing en interne kennisdeling.
- Begeleiders krijgen de gelegenheid om trainingen te volgen en maken hier gebruik van, onder meer BHV, een cursus rond diabetes en het aanreiken van medicatie.

Wat moet beter?

- Beleid voor het opvragen, vastleggen en borgen van diploma's en opleidingen ontbreekt. De toezichthouders hebben tijdens het bezoek, ook na overleg met de directeur, geen beleidsdocument gezien. De taak ligt bij de administratie en de directeur zonder vastgelegde werkwijze.

Aanvullende cursussen en trainingen zijn in twee van de drie dossiers niet vastgelegd, terwijl begeleiders deze wel volgen.

Verbetermaatregel

Voer een vaste VOG-procedure in en leg geldige VOG's aantoonbaar vast voor alle functies waarvoor dat nodig is.

Criterium 4.2

Uitleg criterium	Oordeel
De beroepskracht (of door de aanbieder ingezette vrijwilliger of stagiair) beschikt over een passende VOG.	Voldoet

Wat gaat goed?

- GOED voor GOED heeft een vaste VOG-procedure ingevoerd. Het protocol beschrijft dat de administratie een zorgmedewerker of zorgstagiair bij het opstellen van de arbeids- of stageovereenkomst aanmeldt bij Justis, dat de VOG binnen tien weken na indiensttreding binnen moet zijn en dat de administratie de VOG controleert en registreert in het personeelsdossier.
 - De procedure kent een geldigheidstermijn van vijf jaar, waarbij de administratie twee maanden voor afloop een nieuwe VOG aanvraagt. Wanneer een VOG niet wordt verstrekt, ontbindt GOED voor GOED de arbeids- of stageovereenkomst. De verantwoordelijkheden van medewerker, administratie en directie zijn beschreven in het protocol.
- Tijdens de controle van drie personeelsdossiers is vastgesteld dat in alle drie de personeelsdossiers geldige VOG's (met juiste screeningsprofiel) aanwezig zijn. De gesproken medewerkers bevestigen dat de VOG's opnieuw zijn aangevraagd en vastgelegd.

Wat moet beter?

- De procedure geldt voor zorgmedewerkers in loondienst, invalkrachten en stagiairs vanuit een zorgopleiding. Voor vrijwilligers en overige stagiairs vraagt de aanbieder geen VOG aan.
- In het protocol is aangegeven dat screeningsprofiel 75 wordt gekozen bij een VOG-aanvraag. Dit is een screeningsprofiel dat bestemd is voor een ander doeleind. VOG screeningsprofiel 45 is bestemd voor de gezondheidszorg en welzijn van mens en dier. Dit profiel is bedoeld voor functies in de zorg waarbij er een kwetsbare of afhankelijke relatie is tussen de zorgverlener en de cliënt.

4.5 De voorziening wordt verstrekt met respect voor en inachtneming van de rechten van de cliënt.

Verbetermaatregel

Zorg voor structurele vastlegging van privacy en toestemming door het opnemen en borgen van privacy-formulieren in alle cliëntdossiers.

Toelichting

De bejegening door de beroepskracht is passend en correct en cliënt voelt zich gerespecteerd en op zijn gemak. De aanbieder heeft een klachtenregeling, bezit over gedragscodes en cliënten kunnen deelnemen in een cliëntenraad of vergelijkbaar platform.

Gegevensuitwisseling van (gevoelige) persoonsinformatie vindt plaats met instemming van cliënt (en/of diens sociale netwerk) en conform geldende wet- en regelgeving. De cliënttevredenheid wordt tevens gemonitord en bijgestuurd.

Criterium 5.3

Uitleg criterium	Oordeel
De aanbieder heeft aantoonbaar passend beleid en richtlijnen ontwikkeld, geïmplementeerd en geborgd in de organisatie inzake de rechten van de cliënt.	Voldoet grotendeels

Wat gaat goed?

- GOED voor GOED heeft een persoonsomschrijving ontwikkeld met een geïntegreerde privacyverklaring en ondertekening door de cliënt.
- In twee van de drie gecontroleerde dossiers is een ondertekend privacy- en toestemmingsformulier aanwezig, waaronder een persoonsomschrijving die in maart 2026 is opgesteld en ondertekend.
- Uit de cliëntgesprekken blijkt, dat cliënten zich grotendeels bewust zijn van de wijze waarop met hun persoonsgegevens wordt omgegaan en dat toestemming wordt gevraagd wanneer gegevens met anderen worden gedeeld.

Wat moet beter?

- Tijdens de dossiercontrole is echter vastgesteld dat de implementatie van de nieuwe werkwijze nog niet volledig is afgerond. Niet in alle geraadpleegde dossiers is een privacyverklaring aanwezig. Doordat het formulier is gekoppeld aan het nieuwe planformat, is de invoering afhankelijk van de uitrol daarvan.
- De gesproken cliënten kennen de klachtenprocedure en de mogelijkheid om een externe vertrouwenspersoon in te schakelen niet. Zij geven wel aan met vragen en klachten terecht te kunnen bij hun begeleiders en de directeur.

1. BIJLAGE 1 GERAADPLEEGDE DOCUMENTEN

Toezicht Wmo heeft een heronderzoek uitgevoerd bij GOED voor GOED Sommelsdijk. Hierbij zijn de volgende documenten geraadpleegd:

1. Analyse van de terugkoppeling van GOED voor GOED d.d. 11 mei 2026 over de implementatie van de verbetermaatregelen.
2. Onderzoek van drie cliëntdossiers in ZilliZ, waaronder ondersteuningsplannen, hulpvragen en doelen, evaluaties, rapportages, inschrijfformulieren en persoonsomschrijvingen.
3. Onderzoek van drie medewerkersdossiers, gericht op diploma's, aanvullende scholing, BHV-certificaten en VOG's.
4. Analyse van documenten en beleidsstukken van de organisatie:
 - Proces Incident melden (VisionManager, revisie 2, 28 april 2026)
 - Proces Aanvragen VOG (VisionManager, revisie 1, 21 april 2026)
 - Format Mijn Plan met risico-inventarisatie (2026)
 - Format Persoonsomschrijving met privacyverklaring (2026)
 - Privacyverklaring Stichting GOED voor GOED (april 2024)
5. Raadpleging van het rapport 'De kwaliteit van Wmo-ondersteuning door GOED voor GOED Sommelsdijk' van 26 februari 2026, inclusief de daarin opgelegde verbetermaatregelen en gegeven adviezen.

2. BIJLAGE 2 REACTIE AANBIEDER