



**ZorgRegio**

Midden **IJssel**  
Oost Veluwe

## **TOETSINGSKADER KWALITEIT**

**Januari 2023**

## Inleiding

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van voorzieningen krachtens de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015). In de Zorgregio Midden-IJssel/Oost-Veluwe (hierna: de Zorgregio) werken de gemeenten Apeldoorn, Brummen, Epe, Hattem, Heerde, Lochem, Voorst en Zutphen samen om de inkoop en transformatie van Jeugdhulp, Wmo en MO/BW-vorm te geven.

De Wmo 2015 regelt in artikel 6.1 dat gemeenten een toezichthoudend ambtenaar aanwijzen. Het college van B&W van de gemeenten die samen de Zorgregio vormen, hebben zowel een interne gemeentelijk toezichthouder als de Directeur Publieke Gezondheid van GGD Noord- en Oost-Gelderland als toezichthoudend ambtenaar aangewezen. Het toetsingskader is een middel wat gebruikt wordt bij de onderzoeken naar kwaliteit bij een aanbieder.

De eisen in het toetsingskader zijn gebaseerd op de kwaliteitseisen die zijn opgenomen in hoofdstuk 3 van de Wmo 2015, de gemeentelijke verordening(en) en de kwaliteitseisen vanuit de raamovereenkomst van Zorgregio. Het toetsingskader is te gebruiken voor onderzoek naar de geleverde zorgproducten zoals beschreven in het zorgproductenboek en niet toepasbaar op woningaanpassingen, vervoer en hulpmiddelen.

Met betrekking tot Jeugdhulp is de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) bevoegd tot het onderzoeken van aanbieders die deze ondersteuning bieden.

## Werkwijze

Bij een onderzoek naar de kwaliteit bij een aanbieder, wordt gekeken naar de doelmatigheid, doeltreffendheid en cliëntgerichtheid van de geboden zorg en ondersteuning; naar de veiligheid; naar de afstemming van de ondersteuning op de behoefte van de cliënt en op andere geboden zorg of hulp; naar de deskundigheid van het personeel en de kwaliteit van de aanbieder en naar de naleving van de rechten van cliënten.

De wijze waarop kwaliteitscriteria getoetst worden, bestaat uit:

- Gesprekken met cliënten
- Gesprek met directie en/of kwaliteitsmedewerker
- Gesprekken met medewerkers (begeleiders)
- Dossieronderzoek cliënten<sup>1</sup>
- Dossieronderzoek medewerkers (verklaring omtrent gedrag, diploma('s), opleiding/training)
- Documentanalyse (reglementen, protocollen, handreikingen, formats)
- Bekijken van intranet, registratiesysteem incidentmeldingen
- Controleren certificering en lezen meest recente auditrapport
- Observaties
- Website bekijken

Eventueel aangevuld met:

- Gesprekken met naasten <sup>2</sup>
- Gesprek met vertrouwenspersoon

---

<sup>1</sup> (Cliënt)dossiers: in artikel 6.1, lid 2 van de Wmo 2015 staat: "de toezichthoudende ambtenaren zijn, voor zover dat voor de vervulling van hun taak noodzakelijk is en in afwijking van artikel 5:20 Awb, tweede lid, bevoegd tot inzage van dossiers." Toezichthouder kwaliteit is bevoegd cliëntdossiers in te zien, zonder dat hiervoor toestemming nodig is van de cliënt. Het gaat bij het dossieronderzoek niet om individuele cliëntgegevens. Toezichthouder kwaliteit moet onder anderen kunnen vaststellen dat de aanbieder per cliënt een dossier bijhoudt, samenwerkt met andere hulpverleners, de leefdomeinen uit de Zelfredzaamheidsmatrix hanteert, met een zorgplan werkt, rapporteert op de doelen en dat er evaluaties plaatsvinden. Hiervoor is het nodig dat Toezichthouders kwaliteit (steekproefsgewijs) een aantal cliëntdossiers in kan zien.

<sup>2</sup> **Naasten.** Hieronder vallen alle personen die belangrijk zijn voor een cliënt, zowel in het informele netwerk (familie, vrienden) als het formele netwerk (andere zorgverleners). Door Toezichthouder kwaliteit kan contact worden opgenomen met naasten om een uitvraag te doen, bijvoorbeeld naar samenwerking, informatieverstrekking.

- Gesprekken met samenwerkende organisaties
- Gesprek met deelnemer cliëntenraad
- Gesprek met verwijzer (huisarts, medisch specialist, toegang)
- Gesprekken met vrijwilligers

De uitkomsten van een onderzoek worden vastgelegd in een rapport. Dit rapport wordt ter beschikking gesteld aan de betrokken gemeente(n).

Waar tekortkomingen zijn geconstateerd en de veiligheid niet in het geding is, wordt een aanbieder in de gelegenheid gesteld om een verbeterplan te maken om aan de verbeterpunten te werken.

Waar ernstige tekortkomingen worden geconstateerd en de cliëntveiligheid in het geding is, bespreekt de toezichthouder dit met de betrokken gemeente(n) en kan er direct tot handhaving worden overgegaan.

### **Doorontwikkeling toetsingskader**

Het toetsingskader is geen statisch document.

Door er mee te werken en er ervaring mee op te doen en door gesprekken met externe toezichthouders over het werken met andere toetsingskaders, zal dit toetsingskader bijgesteld kunnen worden.

## 1. De voorziening is doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht

(art. 3.1, tweede lid, sub a, WMO)

<b>1.1</b>	<b>Het zorgplan<sup>3</sup> bevat concreet geformuleerde resultaten/doelen en daarbij zijn de activiteiten, frequentie en evaluatiemomenten opgenomen. Het zorgplan brengt de ondersteuningsvraag integraal in beeld op de voor de cliënt relevante levensgebieden.</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 1. Begripsbepalingen – Ondersteuningsplan en Uitvoeringsplan 3.15 Cliëntbejegening (4)
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"><li>• In het zorgplan zijn doelen opgesteld op diverse levensgebieden</li><li>• De doelen in het zorgplan zijn positief geformuleerd</li><li>• Er zijn korte en lange termijndoelen opgesteld</li><li>• Er zijn acties gekoppeld aan de doelen</li><li>• Er is een evaluatiemoment bekend</li></ul>
<b>1.2</b>	<b>Er vindt rapportage plaats op de doelen, op contacten en afspraken met naasten.</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 2.3.2 samenwerking en uitvoering dienstverlening (1) 1. Begripsbepalingen – Cliëntdossier
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"><li>• In de rapportage over een cliënt is doelrealisatie zichtbaar</li><li>• Afspraken en contacten met andere zorgverleners zijn vastgelegd in het dossier</li><li>• Afspraken en contacten met het netwerk zijn vastgelegd in het dossier</li></ul>
<b>1.3</b>	<b>De aanbieder heeft beleid vastgesteld op de wijze van evalueren in de dagelijkse praktijk en evalueert daarnaast minimaal één keer per 6 maanden met de cliënt, de voortgang en doelmatigheid van de geboden ondersteuning.</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 2.3.2 samenwerking en uitvoering dienstverlening (9) Annex 2 Zorgproductenboek – eisen aan inhoud (definitieve versie 1 november 2022)
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medewerkers kunnen vertellen op welke wijze in de dagelijkse praktijk de begeleiding geëvalueerd wordt</li><li>• Cliënten kunnen vertellen op welke wijze in de dagelijkse praktijk de begeleiding geëvalueerd wordt</li><li>• Er kan aangetoond worden op welke wijze de cliëntgevraagd wordt naar wensen en tevredenheid van de ondersteuning</li><li>• Er zijn evaluatieverslagen in het dossier aanwezig</li><li>• De ontwikkeling van de cliënt en de doelrealisatie worden beschreven in het evaluatieverslag</li><li>• Bij evaluaties wordt gevraagd naar de cliëntervaring</li></ul>
<b>1.4</b>	<b>De aanbieder heeft visie op en een methode voor het meten en evalueren van cliënttevredenheid.</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 3.16 cliëntparticipatie en tevredenheid (2)
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"><li>• Er kan aangetoond worden op welke wijze de cliënt gevraagd wordt naar wensen en tevredenheid van de ondersteuning</li><li>• De aanbieder houdt eens per 3 jaar een cliënttevredenheidsonderzoek</li><li>• Aanbieder gebruikt de uitkomsten van cliënttevredenheid aantoonbaar om de zorg te verbeteren</li></ul>

<sup>3</sup> In de Raamovereenkomst wordt gesproken over uitvoeringsplan. In de praktijk zijn er diverse termen, waarvan zorgplan de meest voorkomende term is.

## 2. De voorziening is veilig

(art. 3.1, tweede lid, sub a, Wmo)

<b>2.1</b>	<b>De aanbieder heeft beleid ontwikkeld om zorg te dragen voor de fysieke en sociale veiligheid van de cliënt.</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 3.15 Cliëntbejegening (7) De voorziening is veilig (art. 3.1, tweede lid, sub a, Wmo) 2.3.3. Locatie specifiek (4)
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"><li>• Veiligheidsrisico's op cliëntniveau worden voor aanvang van de hulp systematisch ingeschat (eventueel met behulp van een risicotaxatie instrument)</li><li>• Er wordt een kindcheck uitgevoerd</li><li>• Veiligheidsrisico's worden vastgelegd</li><li>• Veiligheidsrisico's worden gedurende de hulp periodiek systematisch ingeschat</li><li>• Door de aanbieder worden maatregelen genomen om risico's te verkleinen</li><li>• Er wordt gehandeld zodat veiligheidsrisico's worden tegengegaan/verminderen</li><li>• De aanbieder heeft een plan hoe direct te handelen bij acute onveiligheid</li></ul> <p>Intramuraal en/of dagbesteding:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• De locatie is veilig, schoon en leefbaar</li><li>• Er is een ontruimingsplan</li><li>• Bedrijfshulpverlening is geborgd</li><li>• De aanbieder voert jaarlijks een risico-inventarisatie uit op de locatie</li><li>• De aanbieder heeft beleid rondom medicatie, waarbij het duidelijk is wie verantwoordelijk is voor het toedienen van medicatie en hoe de uitgifte ervan geregeld is</li></ul>
<b>2.2</b>	<b>De aanbieder signaleert en handelt bij (vermoedens van) mishandeling zoals voorgeschreven in de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 2.3.2 samenwerking en uitvoering dienstverlening (5)
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"><li>• De meldcode voldoet aan de verplichte voorwaarden (5 stappen)</li><li>• Medewerkers zijn bekend met de meldcode</li><li>• Medewerkers passen de meldcode toe waar nodig</li><li>• (nieuwe) medewerkers worden periodiek geschoold/geïnstrueerd op het werken met de meldcode</li></ul>
<b>2.3</b>	<b>De aanbieder heeft het proces beschreven van incidenten en calamiteiten en leert van incidenten en calamiteiten.</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 2.3.2 samenwerking en uitvoering dienstverlening (6) 3.16 cliëntparticipatie en tevredenheid (5c) 3.18 calamiteitenprotocol
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"><li>• Er is er een werkwijze (protocol/beleid) met betrekking tot incidenten en calamiteiten</li><li>• Het verschil tussen een incident en een calamiteit is bekend</li><li>• De aanbieder beschikt over een systeem waarin incidenten en calamiteiten worden geregistreerd</li><li>• Incidenten worden systematisch beoordeeld en geanalyseerd en waar nodig worden verbeteringen ingezet op basis van de analyse</li><li>• Calamiteiten en geweldsincidenten worden gemeld bij de gemeente + GGD (Wmo) of Inspectie gezondheidszorg en Jeugd (Jeugdwet)</li></ul>

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

(art. 3.1, tweede lid sub b, Wmo)

<b>3.1</b>	<b>De aangeboden voorziening is voldoende afgestemd op andere vormen van geboden hulp en zorg. De aanbieder werkt constructief samen met andere zorgverleners. Bij complexe problematiek is een regievoerder aangesteld.</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 3.15 Cliëntbejegening (3) 2.3.2 samenwerking en uitvoering dienstverlening (3 en 4) Annex 2 Zorgproductenboek (definitieve versie 1 november 2022) 1.8 regie en mantelzorg Wmo artikel 3.1 2b
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"><li>• In het zorgplan en/of cliëntdossier staan contactgegevens van betrokken hulpverleners</li><li>• Het zorgplan en cliëntdossier bevat informatie over afspraken en afstemming met andere zorgverleners in het kader van 1 gezin 1 plan</li><li>• Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze er wordt samengewerkt met andere zorgverleners, welke effecten dit heeft op de ondersteuning aan de cliënt en wie de regie voert</li></ul>
<b>3.2</b>	<b>De aanbieder heeft met de cliënt een overeenkomst opgesteld waarin de afspraken staan over de duur en frequentie van de begeleiding.</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 1 definities – uitvoeringsplan
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"><li>• Afspraken over de te leveren ondersteuning, zijn aantoonbaar terug te vinden in het cliëntdossier</li><li>• De afspraken in de overeenkomst komen overeen met de beschikking van de gemeente</li><li>• Indien er is afgeweken van de ondersteuning zoals geïndiceerd, is dit gecommuniceerd met de cliënt en de toegang en zijn de afspraken hierover vastgelegd</li><li>• Cliënt weet de begeleidingsafspraken te benoemen</li><li>• Medewerker weet de begeleidingsafspraken te benoemen</li><li>• Er wordt volgens de begeleidingsafspraken gehandeld</li><li>• In het dossier van de cliënt staan de begeleidings-/hulpverleningsafspraken</li></ul>
<b>3.3</b>	<b>De vraag, behoefte, wensen en doelen van de cliënt zijn het uitgangspunt voor het vanuit meervoudig perspectief opstellen van het zorgplan en worden per leefgebied (zoals gedefinieerd in de meeste actuele versie van de Zelfredzaamheidsmatrix) beschreven.</b>
Gebaseerd op	Annex 2 Zorgproductenboek (definitieve versie 1 november 2022) 1.9 uitvoeringsplan Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 3.15 Cliëntbejegening (4 en 6)
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"><li>• In het zorgplan is zichtbaar dat de wensen, voortgang en afspraken met cliënt en naasten zijn besproken en gemaakt. Indien van toepassing wordt beschreven dat er aan bepaalde wensen van de cliënt niet kan worden voldaan</li><li>• Domeinen uit de zelfredzaamheid zijn terug te vinden in het zorgplan</li><li>• De mate van zelfredzaamheid van een cliënt, is terug te vinden in het dossier</li><li>• Er is in het zorgplan vastgesteld welke betekenisvolle naasten een bijdrage kunnen leveren aan het vraagstuk van de cliënt</li></ul>

<b>3.4</b>	<b>Het netwerk van de cliënt wordt in kaart gebracht, betrokken, actief benut en versterkt waar nodig.</b>
Gebaseerd op	Annex 2 Zorgproductenboek (definitieve versie 1 november 2022) 1.9 uitvoeringsplan
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De aanbieder kan aantonen op welke wijze het netwerk van de cliënt onderdeel is van de ondersteuning</li> <li>• De aanbieder kan aantonen op welke wijze er wordt geïnvesteerd in het behoud of het versterken van het netwerk</li> <li>• In het dossier staan de gegevens van de voor de cliënt belangrijke personen</li> <li>• Cliënten kunnen aangeven of het hun wens is dat hun netwerk betrokken is bij de ondersteuning</li> </ul>

<b>3.5</b>	<b>De aanbieder werkt zoveel mogelijk met vaste contactpersonen voor de cliënt voor de duur van het traject.</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 3.15 Cliëntbejegening (7)
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In het dossier van de cliënt is te zien wie de vaste begeleider(s) is/zijn</li> <li>• Er zijn afspraken over de vervanging van de vaste contactpersoon bij ziekte en vakantie</li> <li>• reden van wisseling in begeleiders is vastgelegd in het dossier van de cliënt</li> <li>• Cliënt wordt tijdig geïnformeerd over wisseling van begeleider</li> </ul>

**4. De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op de aanbieder en beroepskracht rustende verantwoordelijkheid o.b.v. de professionele standaard**  
(art. 3.1, tweede lid, sub c, art. 3.3 Wmo)

<b>4.1</b>	<b>De door de aanbieder in het kader van de geboden voorziening aangewezen beroepskracht (zowel in loondienst als niet in loondienst zijnde beroepskracht) moet een door de overheid erkende, zorggerelateerde Mbo-, Hbo- of Wo-opleiding hebben afgerond. De aanbieder zet voor cliënten van Zorgregio Midden-IJssel/Oost-Veluwe medewerkers in met het opleidingsniveau zoals beschreven in het zorgproductenboek.</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 3.14. personeel en vrijwilligers (2) Annex 2 Zorgproductenboek (definitieve versie 1 november 2022) 1.5 inzetten professionals Toetsingskader opleidingen <sup>4</sup>
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>Per zorgproduct wordt personeel ingezet dat over de benodigde deskundigheid en bevoegdheden beschikt.</li> <li>Er zijn functieomschrijvingen met taken en bevoegdheden vastgesteld</li> <li>Personeel voldoet aan de functie-eisen gesteld in de functieomschrijvingen</li> <li>Diploma's zijn conform de eisen in het zorgproductenboek</li> </ul>
<b>4.2</b>	<b>De aanbieder biedt de in het kader van de geboden voorziening aangewezen beroepskracht passende scholing.</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 3.14 personeel en vrijwilligers (5)
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>De aanbieder heeft een scholingsplan voor medewerkers. Dit scholingsplan is afgestemd op de leerbehoefte en leernoodzaak van de medewerkers en op de doelgroep</li> <li>In de medewerkersdossiers zijn certificaten van trainingen aanwezig</li> <li>Medewerkers geven aan passende scholing te ontvangen</li> </ul>
<b>4.3</b>	<b>De aanbieder beschikt over een gecertificeerd kwaliteitsborgingssysteem voor de dienstverlening.</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 2.3.1 administratieve kwaliteit (1)
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er is een kwaliteitsmanagementsysteem, bijvoorbeeld HKZ, Mijn Keurmerk (Kiwa), HKZ Light, PREZO keurmerk, Keurmerk Kwaliteitswaarborg Zorgboerderijen (Federatie Landbouw en Zorg), ISO 9001:2015, kwaliteitsvisitaties van brancheverenigingen NVO, NIP, NVVP, LVVP, NFG en FVB.</li> <li>Verslag van de laatste audit</li> </ul>
<b>4.4</b>	<b>De aanbieder is aangesloten bij een branchevereniging en/of beroepsvereniging voor onder andere doorontwikkeling en borging van kwaliteit en intervisie.</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 2.3.1 administratieve kwaliteit (2)
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bewijs van inschrijving/ certificaat</li> <li>De aanbieder kan aantonen op welke wijze er actief wordt deelgenomen aan de branchevereniging en/of beroepsvereniging</li> </ul>
<b>4.5</b>	<b>Medewerkers beschikken over een actuele en passende Verklaring Omtrent Gedrag.</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 3.14 personeel en vrijwilligers (7) Wmo artikel 3.5
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>De VOG is aanwezig in het medewerkersdossier en is actueel en passend</li> </ul>

<sup>4</sup> Zie toetsingskader opleidingen onder "documenten" op website [www.zorgregiomijov.nl](http://www.zorgregiomijov.nl)



<b>4.6</b>	<b>De aanbieder draagt er zorg voor dat medewerkers intern kunnen afstemmen, hun kennis kunnen delen en uit kunnen breiden (door middel van bijvoorbeeld werkbesprekingen, teambesprekingen, cliëntbesprekingen en intervisie).</b>
Gebaseerd op	Als onderdeel verplicht kwaliteitsborgingssysteem Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 3.14 personeel en vrijwilligers (5)
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De aanbieder kan aantonen op welke wijze afstemming en kennisoverdracht geregeld is, bijvoorbeeld door het tonen van notulen</li> <li>• Medewerkers kunnen vertellen hoe afstemming en kennisoverdracht geregeld is binnen de organisatie</li> </ul>

<b>4.7</b>	<b>Er is een open cultuur waarin medewerkers elkaar feedback durven geven, open en eerlijk dilemma's en (bijna) fouten met elkaar kunnen bespreken.</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 3.11 Governance code Governance code zorg 2022 (2.2 en 2.3)
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medewerkers beschrijven een open cultuur, waarin onderling feedback wordt gegeven, dilemma's en fouten besproken worden</li> </ul>

<b>4.8</b>	<b>Indien vrijwilligers worden ingezet, heeft de aanbieder beleid opgesteld ten aanzien van deze vrijwilligers.</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 3.14 personeel en vrijwilligers (3)
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vrijwilligersbeleid is aanwezig indien vrijwilligers worden ingezet. Hierin staat onder anderen hoe de aanbieder het kennisniveau, de begeleiding aan en de veiligheid van vrijwilligers borgt.</li> <li>• Vrijwilligers zijn bekend met hun rechten en plichten</li> </ul>

## 5. De voorziening wordt verstrekt met respect en inachtneming van de rechten van de cliënt

(art. 3.1, tweede lid, sub d, Wmo)

<b>5.1</b>	<b>De aanbieder bejegt de cliënt correct en respectvol en bewaart passende afstand en passende nabijheid ten aanzien van de cliënt.</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 3.15 Cliëntbejegening (7) 3.9 Geheimhouding (4 en 6)
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"><li>• De normen, waarden, (geloofs-) overtuiging van de cliënt wordt gerespecteerd</li><li>• Er zijn afspraken gemaakt over de bejegening (gedragscode)</li><li>• De gedragscode wordt nageleefd en komt periodiek aan de orde</li><li>• Medewerkers houden een professionele afstand tegenover de cliënten</li></ul>
<b>5.2</b>	<b>De aanbieder houdt zich in het kader van de leveren ondersteuning aan de toepasselijke wettelijke voorschriften met betrekking op de privacy van de cliënt.</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 3.9 Geheimhouding (2) 3.12 Privacy 3.17 Communicatie over dienstverlening en cliënten
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"><li>• De aanbieder heeft een privacy beleid geschreven op een voor de doelgroep begrijpelijke wijze</li><li>• Er zijn (schriftelijke) afspraken gemaakt over de uitwisseling van persoonsgegevens</li><li>• Cliënten zijn op de hoogte hoe er met hun persoonsgegevens wordt omgegaan</li></ul>
<b>5.3</b>	<b>De aanbieder is verantwoordelijk voor een duidelijke en betrouwbare communicatie aan de cliënt. De cliënt wordt begrijpelijk geïnformeerd over de aanbieder, de geleverde zorg, de klachtenregeling, privacy et cetera.</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 3.14 cliëntbejegening (2) 3.19 klachtenprocedure & afhandeling klachten (4) 3.9 Geheimhouding (2)
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cliënten ontvangen bij de start van de ondersteuning informatie van de aanbieder</li><li>• De aanbieder beschikt over een werkende en gebruiksvriendelijke website</li><li>• Op de website is informatie te vinden over de actuele wachtlijst en bij wie nadere informatie te krijgen is</li></ul>
<b>5.4</b>	<b>De aanbieder beschikt over een interne en een externe klachtencommissie. De aanbieder zorgt dat cliënten bekend zijn met de klachtenprocedure en in de gelegenheid worden gesteld hun klachten te uiten.</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 3.19 klachtenprocedure en afhandeling
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"><li>• De aanbieder heeft een klachtenregeling geschreven op een voor de doelgroep begrijpelijke wijze</li><li>• De klachtenregeling is bekend bij cliënten</li><li>• De aanbieder heeft een minimale en maximale termijn voor klachtenafhandeling vastgesteld en zorgt voor een tijdige afhandeling van de klacht</li><li>• Cliënten hebben direct toegang tot een externe klachtencommissie</li></ul>

5.5	<b>De aanbieder heeft een regeling voor medezeggenschap van cliënten (over voorgenomen besluiten van de aanbieder die voor de cliënten van belang zijn).</b>
Gebaseerd op	Annex 1 Algemene Voorwaarden Sociaal Domein (definitieve versie 1 november 2022) 3.16 cliëntparticipatie en tevredenheid (1) Wmo artikel 3.2. lid 1 uitwerking b
Uitwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De aanbieder heeft een representatieve vertegenwoordiging of een cliëntenraad of heeft een andere vorm van inspraak geregeld.</li> <li>• De aanbieder brengt cliënten actief op de hoogte van de wijze waarop medezeggenschap geregeld is.</li> <li>• De organisatie gebruikt aanbevelingen en adviezen van de cliëntenraad om beleid en uitvoering te verbeteren</li> </ul>

## **Bronnen**

Om te komen tot een toetsingskader is gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

- Toetsingskader GGD GHOR Nederland
- Toetsingskader Hoogeveen- De Wolden
- Toetsingskader GGD Rotterdam-Rijnmond
- Raamovereenkomst Zorgregio Midden-IJssel/ Oost-Veluwe