



Kwaliteitshandboek

Versie 1.1
September 2023

INHOUDSOPGAVE

1	ALGEMENE INFORMATIE	3
1.1	Gegevens zorgaanbieder	3
1.2	Werkzaam in	3
1.3	Aandachtsgebieden	4
1.4	Samenstelling van de praktijk	4
1.5	Professioneel netwerk	4
1.6	Contracten met zorgverzekeraars	4
1.7	Behandeltarieven	4
1.8	Kwaliteitswaarborging	5
1.9	Klachten- en geschillenregeling	6
1.10	Regeling bij vakantie en calamiteiten	6
2	HET BEHANDELPROCES	6
2.1	Wachttijd voor intake en behandeling	6
2.2	Aanmelding en intake	7
2.3	Diagnostiek	7
2.4	Behandeling	7
2.5	Afsluiten/nazorg	7
3	OMGANG MET CLIËNTGEGEVENS	8
4	ONDERTEKENING	8
BIJLAGEN:		
	1 Verklaring Visitatie door visitatiebureau Avar	9
	2 Behandelovereenkomst	10
	3 Register verwerkersovereenkomst	13
	4 VIT-licentiecertificaat	17
	5 Lidmaatschap SCAG	18
	6 Lidmaatschap RBCZ	19
	7 Praktijkafhandeling bij overlijden	20
	8 Meldcode All For Glory	23
	9 Klachtenregeling All For Glory	32
	10 Protocol Calamiteiten en Geweld	46
	11 Behandelplan	60
	12 Diagnose-behandelplan voor werkaantekeningen behandelaar	62

1 ALGEMENE INFORMATIE

All For Glory is een praktijk voor integratieve jongerentherapie, welke gevoerd wordt door praktijkhouder en behandelaar Ray Staring.

1.1 Gegevens zorgaanbieder

Naam praktijk:	All For Glory
Behandelaar:	Ray Staring
AGB codes praktijk:	90-057536 / 94-061203
AGB codes behandelaar:	90-049083 / 94-061199
Telefoonnummer:	06-53897611
Website:	www.allforglory.nl
E-mail:	ray@allforglory.nl
Kamer van Koophandel:	09166144
Beroepsvereniging:	Vereniging van Integraal Therapeuten (VIT-nr 445.14.A)
Koepelorganisaties en tuchtrecht:	Nederlandse Associatie voor Psychotherapie (ECP-NL672) Register Beroepsbeoefenaren Complementaire Zorg (registratienr. 103222R). Zie bijlage 6.
Klachtrecht:	Stichting Complementaire en Alternatieve Gezondheidszorg
Kwaliteitscertificering:	Kiwa, ZZP-er in de zorg niveau 5 (registratienummer 13395)
Opleiding:	Post-Hbo opleiding tot integratief jongerentherapeut, behaald aan de Nederlandse Academie voor Psychotherapie in Amsterdam

Praktijkadressen:

All For Glory – Duiven
Lijsterbeslaan 26
6921 ED Duiven

All For Glory – Arnhem
Parkstraat 39
6828 JD Arnhem

All For Glory – Groessen
St. Isidorusplein 4
6923 BD Groessen

1.2 Werkzaam in

All For Glory is werkzaam in de jeugd en opvoedhulp.

- De praktijk is gecontracteerd met de 12 gemeenten van Regio Centraal Gelderland, binnen de huidige contractering omschreven als Jeugd en Opvoedhulp niveau 2 met productcode 45A49.
- De praktijk is tevens gecontracteerd met de 8 gemeentes van Sociaal Domein Achterhoek, binnen de huidige contractering omschreven als Behandeling Individueel Jeugd met productcode 45A66.
- Naast de contracteringen wordt behandeling (deels) vergoed door de diverse zorgverzekeraars onder de noemers aanvullende, complementaire of alternatieve zorg.

1.3 Aandachtsgebieden

De behandelvorm van All For Glory is integratieve jongerentherapie, dit is een vorm van kortdurende oplossingsgerichte psychotherapie. De cliënt (en zijn of haar systeem) staan centraal in visie, mensbeeld en wereldbeeld. Mogelijke aanleidingen voor behandeling zijn:

- Storende, beknellende, belemmerende gedachtes alsmede fobieën, angsten en dwanggedachten;
- Moeilijkheden in de omgang met anderen. Bijvoorbeeld pesten, gepest worden, moeite met aansluiting, faalangstige gevoelens/gedachten, gebrek aan assertiviteit, gebrekkige wederkerigheid, problemen met seksualiteit en relaties;
- Gedrag dat tot moeilijkheden leidt zoals driftbuien, druk of hyperactief, stelen, liegen, slecht slapen, tics, dwanghandelingen, zelfbeschadiging, concentratieproblemen, grensoverschrijdend en oppositioneel gedrag;
- Moeilijkheden met stemming, gevoelens en zelfbeeld zoals onzekerheid, somberheid, laag of onrealistisch zelfbeeld, stemmingswisselingen, verdriet, angsten, suïcidaliteit, woede etc;
- Lichamelijke klachten zonder medische verklaring zoals buikpijn, hoofdpijn, eczeem, hyperventilatie, motorische problemen (uitvalsverschijnselen);
- Moeilijkheden aangaande levensvragen, zingevingsvragen, betekenis, verbintenis, spirituele richting en hooggevoeligheid;
- Omgaan met gediagnosticeerde gedrags- en/of ontwikkelingsstoornissen zoals AD(H)D, Autistisch spectrum stoornissen, ODD, CD, Gilles de la Tourette, NLD, MCDD etc;
- Verwerken van belastende (traumatische) gebeurtenissen;
- Eetproblemen, gendertransitie, rouwverwerking.

1.4 Samenstelling van de praktijk

Ray Staring is praktijkhouder en enige behandelaar binnen praktijk All For Glory.

1.5 Professioneel netwerk

All For Glory maakt in de volgende situaties gebruik van onderstaand professioneel netwerk, tenzij de cliënt daarvoor geen toestemming geeft: op- en afschalen, aanvullende diagnostiek en intercollegiale consultatie.

- Aangesloten bij samenwerkingsverband Arnhems Kinder- en Jeugd Team (<http://www.akjt.nl>) bestaande uit:
 - Grace Meurkes, Integratief kindtherapeut (www.gracemeurkes.nl)
 - Charlotte Bohncke, psychomotorische therapeut (<https://ziemijnederland.nl/arnhem/ziemijarnhem/>)
 - Esther Beldman, integratief kindtherapeut (<https://kindertherapiearnhem.nl>)
 - Nicky de Waal, GZ psycholoog (<https://www.ijj-ik.nl>)

Intercollegiale consultatie, complementaire zorglevering, wachtlijstcoördinatie en vervanging bij ziekte staan centraal binnen deze samenwerking.

- Aangesloten bij Kinder- en Jeugdpraktijken Regio Arnhem (<http://www.kjra.nl>). Beleidsmatige, bestuurlijke en intercollegiale kwaliteitsborging alsmede afstemming met diverse gemeentes staan centraal binnen deze alliantie. De meer dan vijftig collega's

binnen dit samenwerkingsverband zijn laagdrempelig benaderbaar voor intercollegiaal overleg, doorverwijzing en op- of afschalen van zorg.

- Aangesloten bij het therapeutenhuis in Arnhem, waar de praktijk deels gevestigd is (www.therapeutenhuis.nl). Binnen het therapeutenhuis directe samenwerking en intercollegiale consultatie met tien collega's uit diverse disciplines.
- Periodiek overleg met diverse verwijzende POH-GGZ ondersteuners van huisartsen alsmede overleg en afstemming naar behoefte met medewerkers binnen de sociale wijkteams en (zorg-) medewerkers van scholen in de regio.

Cliënten kunnen in noodgevallen gedurende de avonden en weekenden de praktijk bereiken via de app. Voor crisissituaties wordt verwezen naar de huisarts, dienstdoende huisartsenpost en of de crisis telefoonlijn van Jeugdbescherming Gelderland 0900-99 555 99, welke dag en nacht bereikbaar is. Deze instellingen kunnen indien nodig de GGZ-crisisdienst inschakelen. In de praktijk komt dit nauwelijks voor omdat de aanmeldingsklacht van de cliënten vallen binnen die van de jeugd- en opvoedhulp en in de intake gescreend wordt op enkelvoudige problematiek.

1.6 Contracten met zorgverzekeraars

Vanuit de diverse kwalificaties en registratie bij beroepsvereniging Vereniging van Integraal Therapeuten (<https://www.vit-therapeuten.nl>) wordt behandeling van All For Glory vergoed bij vrijwel alle Nederlandse zorgverzekeraars vanuit de complementaire, aanvullende of alternatieve zorgpakketten.

All For Glory is gecontracteerd zorgaanbieder met de 12 gemeentes van Regio Centraal Gelderland en de 8 gemeentes van Sociaal Domein Achterhoek. Vanuit deze contractering vergoeden de gemeentes de zorg binnen de Jeugd en Opvoedhulp.

1.7 Behandeltarieven

Het tarief voor particulieren is op het moment van schrijven € 93,- per sessie, zie <http://www.allforglory.nl/all-for-glory-kosten.html>

Het contractuele tarief voor productcode 45A49 zoals gehanteerd door de 12 gemeentes van Sociaal Domein Centraal Gelderland betreft op het moment van schrijven € 93,- per uur.

Het contractuele tarief voor productcode 45A66 zoals gehanteerd door de 8 gemeentes van Sociaal Domein Achterhoek betreft op het moment van schrijven € 95,40 per uur.

1.8 Kwaliteitswaarborging

Praktijk All For Glory voldoet aan de volgende kwaliteitseisen, voortvloeiend uit registratie bij de beroepsvereniging Vereniging van Integraal Therapeuten (VIT), zie ook <https://www.vit-therapeuten.nl/de-vit/kwaliteit/>:

- Intervisie (minimaal 15 uren per jaar)

- Visitatie, eens per vijf jaren door een extern visitatiebureau (zie bijlage 1). De praktijk is op 30 mei 2018 geïnspecteerd. De praktijkvisitatie en de op te volgen procedure van bovengenoemde therapeut zijn positief beoordeeld en in overeenstemming bevonden met de eisen en processen beschreven in het Visitatieprotocol van de RBCZ en de praktijkkeisen gesteld door de VIT;
- Bij- en nascholing (minimaal 15 uren per jaar)
- Behandeling van klachten conform de Wkkgz
- De beroepscode van de VIT
- Bijhouden van vakliteratuur

De beroepsvereniging VIT is een ISO 9001 gecertificeerde beroepsvereniging. De vereniging heeft het kwaliteitsmanagementsysteemcertificaat NEN-EN-ISO 9001:2015 met als toepassingsgebied: "Het op peil houden van de kwaliteit van de therapeuten in de geestelijke gezondheidszorg. Het vertegenwoordigen van de therapeuten richting de zorgverzekeraars, koepelorganisaties, opleidingsinstituten en geschillencommissie. Het faciliteren van leden bij hun ontwikkeling en ondernemerschap. In bijlage 4 is het licentiecertificaat van de VIT opgenomen.

Tevens is de praktijk Kiwa gecertificeerd ZZP-er in de zorg niveau 5 en voldoet zij daartoe aan de eisen die dit kwaliteitskeurmerk daartoe stelt (registratienummer 13395).

1.9 Klachten- en geschillenregeling

Cliënten kunnen met hun klachten terecht bij mijn beroepsvereniging: de Vereniging voor Integraal Therapeuten via: <https://www.vit-therapeuten.nl/cli-nten/niet-tevreden/>. In de eerste instantie krijgen zij de ondersteuning van een klachtenfunctionaris. Wanneer dit onvoldoende is, kunnen zij zich wenden tot de door de overheid erkende geschilleninstantie van [de Stichting Complementaire en Alternatieve Gezondheidszorg \(SCAG\)](#). Dit is een professionele niet commerciële geschilleninstantie. Ook volgt de VIT het klachtenreglement dat, zoals artikel 13 punt 2 van de Wkkgz vraagt, is vastgesteld in overeenstemming met de representatieve patiënten/cliëntenorganisatie, namelijk Zorgbelang Nederland. Het bewijs van lidmaatschap van de SCAG is opgenomen als bijlage 5.

1.10 Regeling bij vakantie en calamiteiten

Cliënten kunnen tijdens mijn vakantie en in geval van ziekte terecht bij een collega-therapeut, het wijkteam of de huisarts. Cliënten worden geïnformeerd wanneer ik op vakantie ben waar zij op dat moment terecht kunnen. Op mijn website staat daartoe de link naar mijn collega's van het Arnhems Kinder- en Jeugd Team (www.akjt.nl) en de vereniging Kinder- en Jeugdpraktijken Regio Arnhem (<http://www.kjra.nl>).

De praktijk heeft de overdracht geregeld en vastgelegd in het geval van overlijden met Grace Meurkes, collega integratief kindertherapeut (www.gracemeurkes.nl). Deze overdrachtsverklaring is opgenomen als bijlage 7, waarbij de vertrouwelijke gegevens zijn afgeschermd middels 'xxx'.

2 HET BEHANDELPROCES

2.1 Wachtijd voor intake en behandeling

Op de website www.allforglory.nl staat de wachtijd vermeld. Tevens kan deze ook telefonisch opgevraagd worden. Streven is om bij het telefonisch contact na een aanmelding gelijk duidelijkheid

te krijgen of de behandelvorm passend is bij de hulpvraag. All For Glory houdt zich aan de gestelde eisen aangaande wachttijd en intake zoals contractueel bepaald door Regio Centraal Gelderland.

2.2 Aanmelding en intake

Via het aanmeldformulier op www.allforglory.nl meld de ouder of het kind zich aan. Vervolgens wordt er binnen vijf werkdagen telefonisch contact opgenomen om af te stemmen, vragen te beantwoorden, informatie te geven en een inschatting te maken of de behandelvorm passend is bij de hulpvraag.

Als de indruk ontstaat dat andere passende zorg beter aansluit of wanneer er contra-indicaties zijn, dan wordt dit gedeeld met de (ouders van) de cliënt. Indien er geen andere mogelijkheden zijn wordt de cliënt geadviseerd in overleg te gaan met de verwijzer –indien mogelijk met een passend advies- indien de praktijk geen passend aanbod heeft op de zorgvraag van de cliënt (zoals een ander werkterrein of een behandelaar met een andere specifieke deskundigheid).

Op basis van de beschikbare plek in de agenda wordt een intake overeengekomen. Deze wordt altijd per mail bevestigd. In deze mail staat het tijdstip en het adres, tevens vindt de cliënt in de bijlage een de behandelovereenkomst en het verzoek om een verwijzing van het wijkteam of de huisarts. Op basis van de intake wordt het behandelplan opgesteld, zie bijlage 11.

2.3 Diagnostiek

De diagnose voor de behandeling wordt gesteld door de praktijkhouder en behandelaar Ray Staring, jeugd- en gezinsprofessional en integratief jongerentherapeut. Indien aanvullende diagnostiek wenselijk is wordt dit met ouders en jeugdige besproken en in overleg met de verwijzer een verwijzing hiervoor gevraagd. In het netwerk van de praktijk bevinden zich een aantal praktijken die diagnostisch onderzoek kunnen verrichten en ook kan de verwijzend huisarts of consultant van het wijkteam eigen voorkeuren voor diagnostiek en persoonlijkheidsonderzoek inzetten.

2.4 Behandeling

Het behandelplan wordt in samenspraak met de cliënt en diens ouder(s) opgesteld door de praktijkhouder en behandelaar Ray Staring. Hij is tevens het aanspreekpunt voor de cliënt en ouder(s) tijdens de behandeling. De cliënt en ouder(s) zijn hierover geïnformeerd tijdens het intakegesprek en de naam en functie van de behandelaar zijn bekend bij de cliënt.

Er wordt zorggedragen voor goede communicatie met de cliënt en –indien van toepassing met toestemming van de cliënt- diens naasten, over het beloop van de behandeling. Indien een wijkcoach dit wenst en de cliënt is daarmee akkoord mag hij/zij aansluiten bij een (tussen-)evaluatie met cliënt en diens ouder(s). Met toestemming van de cliënt wordt voortgang van de behandeling via beveiligde mailverbinding gedeeld aan verwijzende wijkcoach of huisarts.

De tevredenheid over de geboden behandeling wordt gemeten middels het cliënt-tevredenheidsonderzoek dat door de Vereniging van Integraal Therapeuten wordt uitgevoerd. Dit gebeurt eenmaal per kwartaal en de resultaten hiervan worden aan de praktijkhouder teruggekoppeld.

2.5 Afsluiten/nazorg

De resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen worden besproken met de cliënt (en eventueel zijn/haar naasten). De verwijzer wordt via beveiligde mailverbinding bericht dat de behandeling is afgerond en in overleg met de cliënt wordt inhoudelijke informatie gedeeld over het

resultaat en mogelijk vervolg. Indien een vervolgbehandeling geadviseerd wordt, wordt hier onderbouwd informatie toe verschaft aan de verwijzer. De vervolgbehandelaar wordt inhoudelijk geïnformeerd over het verloop van de behandeling en behaalde resultaten, tenzij de cliënt hier bezwaar tegen maakt. Indien de cliënt of verwijzer dit wenst wordt er een eindverslag gemaakt, welke altijd eerst ter goedkeuring wordt voorgelegd aan de cliënt.

3 Omgang met cliëntgegevens

Er wordt toestemming gevraagd aan de cliënt bij het delen van gegevens met betrokken professionals, verwijzers of andere betrokkenen zoals school. Deze vraag is opgenomen in de behandelovereenkomst en wordt nogmaals gesteld wanneer overleg met derden ten behoeve van de cliënt daadwerkelijk aan de orde is. Vast onderdeel van de behandelovereenkomst is tevens de privacyverklaring en waarvoor getekend moet worden (zie bijlage 2 behandelovereenkomst). Bijlage 3 betreft het register verwerkingsactiviteit conform de AVG.

Voor mailcontact met ouders van cliënten, scholen, en andere instanties wordt gebruik gemaakt van het beveiligd mailprogramma Ziver, welke geheel voldoet aan de eisen van de AVG. Binnen de praktijksoftware Consultmanager is tevens beveiligd berichtenverkeer met huisartsen opgenomen in de vorm van Zorgmail. Middels deze praktijksoftware zijn de administratie en dossiers geheel conform de AVG veilig ondergebracht.

In situaties waarin het beroepsgeheim mogelijk doorbroken dient te worden, worden de daartoe geldende richtlijnen van de beroepsgroep, waaronder de meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (bij conflict van plichten, vermoeden van kindermishandeling of huiselijk geweld) toegepast. In gevallen van dreiging of crisis is therapeut conform de richtlijnen van de Meldcode verplicht derden in te schakelen zoals huisarts, verwijzer, Veilig Thuis of via de landelijke Verwijsindex conform artikel 7.1.5.1 van de Jeugdwet.

De privacyverklaring van de praktijk is opgenomen als vast onderdeel van de behandelovereenkomst (zie bijlage 2) die ondertekent dient te worden bij aanvang van de behandeling.

4 Ondertekening

Ik verklaar dat ik mij houd aan de wettelijke kaders van mijn beroepsuitoefening, handel conform het model kwaliteitsstatuut en dat ik dit kwaliteitsstatuut naar waarheid heb ingevuld.



Ray Staring
Duiven, 18 december 2019

AVAR Visitatiebureau -CERTIFICAAT-

v
vi
vis
visi
visit
visita
visitat
visitati
visitatie
visitatiec
visitatiece
visitatiecer
visitatiecert
visitatiecerti
visitatiecertif
visitatiecertifi
visitatiecertific
visitatiecertifica
visitatiecertificaa
visitatiecertificaa
visitatiecertificaa
visitatiecertific
visitatiecertifi
visitatiecertif
visitatiecerti
visitatiecert
visitatiecer
visitatiece
visitatiec
visitatie
visitati
visitat
visita
visit
visi
vis
vi
v



Dhr. R.G.M. Staring

Visitatienummer: 23-18.34

Gevisiteerd praktijkadres:

**Parkstraat 39
6828 JD Arnhem
Nederland**

De praktijkvisitatie van 30-05-2018 en de op te volgen procedure van bovengenoemde therapeut zijn positief beoordeeld en in overeenstemming bevonden met de eisen en processen beschreven in het Visitatieprotocol van de RBCZ en de praktijkkeisen gesteld door de VIT.

Dit certificaat heeft een geldigheidsduur van 5 jaar.

De visitatie bestaat uit de volgende onderdelen:

Visitatie vragenlijst
Praktijkvisitatie
Visitatienummer
Opvolging van advies / verbeterpunten
Certificaat

Plaats Dordrecht
Uitgiftedatum 17-07-2018

Mevr. E. Groen-van Pelt

Algemeen Visitatie Advies & Registratiebureau



Bijlage 2 Behandelovereenkomst en privacyverklaring conform AVG

Deze overeenkomst is opgesteld op basis van De Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). In de WGBO is onder meer geregeld het recht op informatie, vereiste toestemming voor minderjarigen, recht op inzage in het dossier en geheimhouding van gegevens. De bijlage aangaande de privacywetgeving is een onlosmakelijk onderdeel van deze overeenkomst.

De therapeut is gehouden aan de beroepscode en het klachtrecht van de Vereniging van Integraal Therapeuten (www.vit-therapeuten.nl). Tevens is de therapeut conform de wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (wkkgz) aangesloten bij de geschilleninstantie van de Stichting Complementaire en Alternatieve Gezondheidszorg (www.scag.nl). De therapeut valt onder het tuchtrecht van de Nederlandse Associatie voor Psychotherapie (www.nap-psychotherapie.nl) en is gebonden aan de landelijke regels van de Meldcode (www.meldcode.nl).

Gegevens therapeut

Naam : Ray Staring
AGB code zorgverlener : 90-049083 / 94-061199
AGB code praktijk : 90-057536 / 94-061203
Lidmaatschappen : Vereniging van Integraal Therapeuten (VIT-nr: 445.14.A)
: Register Beroepsbeoefenaren Complementaire Zorg (Licentienr. 103222R)
: Nederlandse Associatie voor Psychotherapie
: European Certificate for Psychotherapy (ECP-NL 672)

Gegevens jongere

Voornaam: Klik om in te voeren.

Adres: Klik om in te voeren.

Woonplaats: Klik om in te voeren.

Telefoon (vast): Klik om in te voeren.

BSN: Klik om in te voeren.

Zorgverzekeraar: Klik om in te voeren.

Huisarts: Klik om in te voeren.

School: Klik om in te voeren.

Achternaam: Klik om in te voeren.

Postcode: Klik om in te voeren

E-mail: Klik om in te voeren.

Telefoon (mobiel): Klik om in te voeren.

Geboortedatum: Klik om in te voeren.

Verzekerdnummer: Klik om in te voeren.

Tel. huisarts: Klik om in te voeren.

Tel. school: Klik om in te voeren.

Gegevens moeder/verzorgster

Voornaam: Klik om in te voeren.

Adres: Klik om in te voeren.

Woonplaats: Klik om in te voeren.

Telefoon (vast): Klik om in te voeren.

Achternaam: Klik om in te voeren.

Postcode: Klik om in te voeren

E-mail: Klik om in te voeren.

Telefoon (mobiel): Klik om in te voeren.

Gegevens vader/verzorgster

Voornaam: Klik om in te voeren.

Adres: Klik om in te voeren.

Woonplaats: Klik om in te voeren.

Telefoon (vast): Klik om in te voeren.

Achternaam: Klik om in te voeren.

Postcode: Klik om in te voeren

E-mail: Klik om in te voeren.

Telefoon (mobiel): Klik om in te voeren.

Beknopt de reden van aanmelding

Klik hier om tekst in te voeren.

Eerdere medische/psychiatrische/psychologische hulp

Klik hier om tekst in te voeren.

Facturen adresseren aan: Klik hier om naam in te voeren.

Bepalingen All For Glory jongeretherapie:

- Ook als de therapie wordt bekostigd door ouders of derden werkt de therapeut in het belang van de jongere, in dienst van de jongere, volgens richtlijnen van de Rechten van het kind. De jongere is de cliënt. Dit houdt onder meer in dat inhoudelijke informatie vanuit de therapie vertrouwelijk is en alleen naar voren wordt gebracht na toestemming van de jongere. Zie ook: <https://www.kinderrechten.nl/verdragstekst>;
- Ondergetekenden zijn bekend met de werkwijze van All For Glory, zie ook: www.allforglory.nl.
- Vanuit de beroepscode is de therapeut gebonden aan vertrouwelijkheid. In gevallen van dreiging of crisis echter is therapeut conform de richtlijnen van de Meldcode verplicht derden in te schakelen zoals huisarts, verwijzer, Veilig Thuis of via de landelijke Verwijsindex conform artikel 7.1.5.1 van de Jeugdwet.
- De tariefstelling is € 93,- per sessie. Een therapiebijeenkomst duurt 60 minuten. Facturen worden digitaal verzonden aan het eind van de maand en dienen binnen 14 dagen voldaan te worden.
- Afspraken kunnen uiterlijk 24 uur voor het tijdstip van de behandeling kosteloos worden geannuleerd. Annuleringen op kortere termijn worden in rekening gebracht.
- De therapeut is gehouden aan de wettelijke regel dat voor kinderen onder de 16 jaar beide ouders (indien zij beiden het ouderlijk gezag hebben) akkoord moeten gaan met de therapie. In het geval van ondertekening door één van de gezaghebbende ouders, draagt deze er zorg voor dat de andere gezaghebbende ouder wordt geïnformeerd over de therapie en hier zijn/haar toestemming voor geeft door ondertekening van de behandelovereenkomst. Hij/zij gaat ermee akkoord dat, indien de andere ouder op enige wijze bezwaren maakt tegen de therapie of anderszins, hij/zij de consequenties daarvan op zich neemt. De therapeut kan hier niet verantwoordelijk voor worden gehouden.
- Uw e-mailadres kan gebruikt worden voor uitnodiging tot een anoniem en vrijblijvend cliënttevredenheidsonderzoek namens de beroepsvereniging.
- Ondergetekende realiseert zich dat het niet verstrekken van informatie, zoals, maar niet daartoe beperkt, aanwezig in het medisch dossier van arts, specialist of andere behandelaars, terwijl deze informatie wel bekend is, kan leiden tot eventueel nadelige gevolgen, waarvoor betrokkene(n) in dit geval zelf verantwoordelijkheid is/zijn.

Ondergetekenden zijn akkoord met bovenstaande bepalingen en de bijlage aangaande de Algemene Verordening Gegevensbescherming. Graag uitprinten en vervolgens hieronder handmatig ondertekenen.

Jongere

Naam: _____

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening:

Behandelaar

Ray Staring

Handtekening



Ouder/verzorger 1

Naam: _____

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening:

Ouder/verzorger 2

Naam: _____

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening:

Bijlage: uw privacy conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)

Uw behandelaar heeft vanuit de Wet op de Geneeskundige Behandel Overeenkomst (WGBO) de wettelijke plicht een dossier aan te leggen met daarin informatie over de behandeling. In dit dossier worden gegevens opgenomen die voor uw behandeling noodzakelijk zijn en die eventueel, na uw expliciete toestemming, zijn opgevraagd bij een andere zorgverlener zoals bijvoorbeeld uw huisarts. De gegevens in het dossier blijven conform de WGBO 15 jaar bewaard.

Uw behandelaar zal uw privacy waarborgen door zorgvuldig om te gaan met uw persoonlijke en medische gegevens en ervoor zorgen dat onbevoegden geen toegang hebben tot uw gegevens. Uw behandelaar heeft als enige toegang tot de gegevens in uw dossier en heeft een wettelijke geheimhoudingsplicht.

De gegevens uit uw dossier kunnen voor de volgende doelen gebruikt worden:

- Om andere zorgverleners te informeren, bijvoorbeeld als de therapie is afgerond of bij een verwijzing naar een andere behandelaar. Dit gebeurt alleen met uw expliciete toestemming.
- Voor een waarnemend collega tijdens afwezigheid, mocht dit noodzakelijk zijn.
- Voor het geanonimiseerde gebruik tijdens intercollegiale toetsing.
- Voor facturatie conform eisen van de zorgverzekeraar.
- Voor andere reden dan bovenstaande om uw gegevens te gebruiken zal u eerst geïnformeerd worden en expliciet om toestemming gevraagd worden.

PRIVACY OP DE ZORGNOTA

Op de zorgnota die u ontvangt, staan de gegevens die door de zorgverzekeraar gevraagd worden, zodat u deze nota eventueel kan declareren bij uw zorgverzekeraar. Dit betreft naam, adres, woonplaats, geboortedatum, datum behandeling, omschrijving behandeling en de kosten.

Bijlage 3 Register verwerkingsactiviteit conform AVG

De blauwe tekst is een toelichting.

Stap 1. Benoemen persoonsgegevens

De volgende persoonsgegevens worden vastgelegd in het cliëntendossier:

√	Naam, adres, postcode, woonplaats van de cliënt(en)
√	Geboortedatum van de cliënt(en)
√	Telefoonnummer en e-mail van de cliënt(en)

Bij minderjarige cliënten:

√	Ook naam, adres, postcode, woonplaats, telefoonnummer en e-mailadres van beide ouders
---	---

Indien dit in belang is van de begeleiding/behandeling, leg ik de volgende verdere gegevens vast:

√	Huisarts;
√	School van de minderjarige cliënt

Opmerking over het vastleggen van bijzondere persoonsgegevens:

Gegevens over godsdienst of levensovertuiging, gezondheid, zaken m.b.t. de seksualiteit, of strafrechtelijke gegevens worden bijzondere gegevens genoemd.

Het verwerken van bijzondere persoonsgegevens is in principe verboden, tenzij u zich op een wettelijke uitzondering kunt beroepen. Indien de gegevens worden verwerkt in het kader van gezondheidszorg, hulpverlening, of sociale dienstverlening is verwerking toegestaan, maar alleen als dat gebeurt door een beroepsbeoefenaar met een beroepsgeheim of andere persoon die aan geheimhouding is gebonden. Deze uitzondering geldt dus op basis van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) ook voor complementaire of alternatieve zorgverleners die zijn geregistreerd bij RBCZ.

Indien dit in belang is van de begeleiding/behandeling, leg ik de volgende bijzondere persoonsgegevens vast:

√	Godsdienst of levensovertuiging;
√	Gezondheid;
√	Zaken m.b.t. de seksualiteit;
√	Mogelijke strafrechtelijke gegevens zoals een melding bij Veilig Thuis, begeleiding door jeugdzorg, geweldconflicten in het gezin.

Het Burger Service Nummer (BSN)

Opmerking over het vastleggen van het Burgerservicenummer (BSN):

Organisaties buiten de overheid mogen een Burgerservicenummer alleen gebruiken als dit in een wet is bepaald. En alleen voor het doel dat in de wet staat omschreven.

Zorgverleners mogen het BSN bijvoorbeeld gebruiken als zij werken in het kader van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. Dat is niet het geval bij een complementair, of alternatief therapeut. Zij mogen dus het BSN niet vastleggen. De declaratie in het kader van de aanvullende zorgverzekering valt niet onder de Zorgverzekeringswet en is geen grond voor het gebruik van het BSN.

Ik leg het Burgerservicenummer wel vast, dit vloeit voort uit de Jeugdwet. Cliënten ontvangen namelijk conform de Jeugdwet beschikking van gemeente, in deze beschikking is het BSN opgenomen.

√	Ik leg het Burgerservicenummer wel vast
---	---

Als u nog meer vastlegt in het cliëntdossier kunt u dat hieronder aanvullen

1. N.v.t.

Stap 2. Vastleggen doeleinden van de persoonsgegevens die worden verwerkt

Doeleinden van de persoonsgegevens die door mij worden verwerkt:

Behalve de AVG, zijn de WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst) en de beroepscode van mijn beroepsvereniging, van het Register Beroepsbeoefenaren Complementaire Zorg (RBCZ) en van de Nederlandse Associatie voor Psychotherapie (NAP) van toepassing op mijn werk. Deze zijn van invloed op de doeleinden waarvoor ik persoonsgegevens vastleg. Om die reden ga ik als volgt om met persoonsgegevens:

1. Dossierplicht

Op grond van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) ben ik als zorgverlener verplicht een medisch dossier bij te houden.

2. Bewaartermijn

De hoofdregel voor het bewaren van medische dossiers staat in de WGBO. Dat is 15 jaar, gerekend vanaf de datum van vastlegging van ieder afzonderlijk gegeven. De termijn kan langer zijn indien dit noodzakelijk is met het oog op de behandeling (bijvoorbeeld indien iemand een chronische ziekte heeft).

3. Beroepsgeheim

Voor mij als therapeut geldt op grond van de beroepscode en het wettelijk geregeld medisch beroepsgeheim een geheimhoudingsplicht. Medewerkers van een psychosociale of complementaire praktijk zijn via arbeidscontract aan een geheimhoudingsplicht gebonden.

4. Minderjarigen

Volgens het patiëntenrecht uit de WGBO komen de wilsbekwame minderjarige tussen 12-16 jaar zelf en de ouder(s) met gezag toe. Ouder(s) van minderjarigen tot 16 jaar hebben medebeslissingsrecht over de behandeling. Ouders hebben recht op informatie en inzage in het dossier, wanneer dit gekoppeld is aan het medebeslissingsrecht voor de behandeling. Er bestaat een uitzondering op dit inzagerecht, namelijk wanneer de professional van mening is dat de uitoefening van bepaalde

patiëntenrechten indruist tegen het belang van de patiënt. Wilsbekwame patiënten van 12 jaar en ouder zijn zelf bevoegd om toestemming te verlenen voor doorbreking van de geheimhouding.

Nog meer doelen van het cliëntendossier toevoegen:

1. N.v.t.

Stap 3: Leg vast hoe de cliënt/patiënt wordt geïnformeerd

√	Ik informeer de cliënten mondeling over de dossierplicht tijdens de intake.
√	Deze informatie ligt vast in een schriftelijke behandelovereenkomst. Zo ja, sluit deze behandelovereenkomst bij in dit document.
√	Op mijn website staat informatie over mijn werkwijze, de dossierplicht en de verplichtingen als gevolg van de WGBO, de Wkkgz en de beroepscode.
√	Indien kinderen jonger zijn dan 16 jaar, geven beide ouders schriftelijk toestemming tot de behandeling en daarmee tot het vastleggen van gegevens in een dossier. Zo ja, sluit deze behandelovereenkomst bij in dit document.
√	Ik vraag bezoekers van mijn site om hun naam, e-mailadres e.d. in te vullen. Ik leg uit waarvoor deze persoonsgegevens zijn en wat ik ermee doe.

N.B. u kunt de behandelovereenkomsten blijven gebruiken die u nu ook al gebruikt.

Stap 4: Leg vast wie er daadwerkelijk werken met de cliëntdossiers

√	Ik ben ZZP-er en ben de enige die toegang heeft tot de dossiers. Vanuit de beroepscode heb ik een beroepsgeheim.
N.v.t.	Verschillende collega's hebben toegang tot patiëntendossiers. Zij vallen eveneens onder het beroepsgeheim en hanteren dezelfde regels
N.v.t.	Er zijn ook medewerkers die toegang hebben tot de patiëntendossiers. In de arbeidsovereenkomst is de geheimhouding geregeld.
√	Ik bepleek wel eens met collega's, of in intervisiegroepen casuïstiek uit de praktijk. Dat gaat altijd anoniem en onherkenbaar

Stap 5: Leg vast hoe u de beveiliging van de persoonsgegevens (cliëntendossiers) heeft geregeld

N.v.t.	Ik werk met papieren cliëntendossiers. Deze worden in een afgesloten kast bewaard
√	Ik werk met een digitaal cliëntendossier. Dit is beveiligd door een wachtwoord.
√	Ik werk met een digitaal cliëntendossier dat is versleuteld en beveiligd met een wachtwoord
√	Ik maak regelmatig een back-up van mijn cliëntbestanden
√	Doordat ik regelmatig de laatste versie update van mijn software installeer, zorg ik ervoor dat mijn software optimaal beveiligd is

Toevoeging:

1. Als u ambulantly werkt, geef dan aan hoe u de cliëntgegevens onderweg beveiligd hebt:
N.v.t.

Stap 6: Leg vast welke externe personen of bedrijven toegang hebben tot de persoonsgegevens en daarmee tot de groep verwerkers behoren waarmee u een verwerkersovereenkomst moet afsluiten.

Leveranciers waarmee ik een verwerkersovereenkomst heb afgesloten zijn:

1. ManagewarePro

Stap 7: Leg vast hoe u omgaat met datalekken

Voorbeelden van datalekken zijn: een kwijtgeraakte USB-stick met persoonsgegevens, een gestolen laptop of een inbraak in een databestand door een hacker.

Toelichting op deze stap:

Sinds 1 januari 2016 geldt de meldplicht datalekken. Deze meldplicht houdt in dat organisaties (dus ook therapeuten) direct (binnen 72 uur na het datalek) een melding moeten doen bij de Autoriteit Persoonsgegevens zodra zij een ernstig datalek hebben.

Soms moeten zij het datalek ook melden aan de betrokkenen (de mensen van wie de persoonsgegevens zijn gelekt).

Wanneer moet u een datalek melden?

U hoeft een datalek alleen te melden aan de Autoriteit Persoonsgegevens, als dit leidt tot ernstige nadelige gevolgen voor de bescherming van persoonsgegevens, of als een aanzienlijke kans bestaat dat dit gebeurt. Dat is het geval als er bij het datalek ofwel persoonsgegevens verloren zijn gegaan (ze zijn voor u niet meer terug te halen en er was geen back-up) ofwel onrechtmatige verwerking van de persoonsgegevens niet is uit te sluiten (iemand heeft mogelijk toegang (gehad) tot de persoonsgegevens terwijl diegene daartoe niet bevoegd was en u hebt geen controle over wat diegene met de gegevens heeft gedaan of nog zal doen).

U hoeft de betrokkenen (de cliënten van wie u gegevens verwerkt) alleen te informeren als een datalek waarschijnlijk ongunstige gevolgen heeft voor hun persoonlijke levenssfeer. Dat kan het geval zijn als er gegevens van gevoelige aard zijn gelekt (bijvoorbeeld gezondheidsgegevens) die door derden kunnen worden misbruikt.

Ik heb de uitleg begrepen en zal er naar handelen. Ik geef aan met een kruisje of vinkje in het vierkant wat in mijn situatie van toepassing is.

√	Ik begrijp wanneer ik een datalek moet melden en zal daar naar handelen
√	Ik heb afspraken gemaakt in de verwerkersovereenkomst met leveranciers en ik word daardoor tijdig geïnformeerd als er een datalek is geweest

Ondertekening en datum

R. Staring

Duiven 14 mei 2018



Licentiecertificaat

Het bestuur van de Vereniging van Integraal Therapeuten
verklaart dat

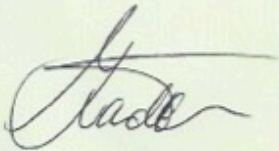
Raymond Gerardus Maria Staring

Geboren te Zeddam op 10 december 1978

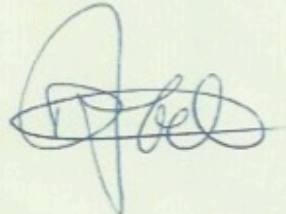
Onder lidcodenummer 445.14.A is ingeschreven in het register van
de vereniging en voldoet aan de beroepseisen van de sector

INTEGRATIEVE JONGERENTHERAPIE

voorzitter



secretaris



Alleen geldig met jaarzegel





Stichting Complementaire en Alternatieve Gezondheidszorg

Bewijs van inschrijving

In het register van de
Stichting Complementaire en Alternatieve Gezondheidszorg

All For Glory
Dhr. R.G.M. Staring

Ingeschreven onder nummer: 12929

mr. Erik (H.J.F.) Wekking
Voorzitter SCAG

De gespecialiseerde geschilleninstantie voor de Complementaire en Alternatieve Gezondheidszorg

SCAG Newtonlaan 51 | 3584 BP Utrecht | 085-9022863 | info@scag.nl | www.scag.nl



LICENTIE

Geldig tot: **1 januari 2020**

Het bestuur van
**REGISTER BEROEPSBEOEFENAREN
COMPLEMENTAIRE ZORG**
verklaart dat:

Naam: **Dhr. R.G.M. Staring**
Geboortedatum: **10 december 1978**
Praktijk gevestigd te: **Arnhem**

ingeschreven is in het RBCZ-register als Registertherapeut BCZ®

Licentienummer: **103222R**
Beroepsorganisatie: **VIT**

**en onderhevig is aan het tuchtrecht van de Stichting Tucht recht
Complementaire Zorg (TCZ).**

Roosendaal 1 januari 2019
Namens RBCZ

Dhr. J.M.L.A.L. Stolvoort
Voorzitter

Bij overlijden – afhandeling praktijkvoering
Aan collega Grace Meurkes

Afwikkeling praktijkadministratie en cliëntendossiers na beëindiging van de All For Glory, praktijk voor jongerentherapie, wegens overlijden of vertrek zonder opvolging

Ik, Ray Staring integratief jongerentherapeut, gevestigd in Arnhem, tref bij dezen maatregelen waardoor verzekerd wordt dat bij een plotselinge, onvoorziene tijdelijke of blijvende afwezigheid een of meer vakgenoten mijn professionele werkzaamheden overnemen of afronden.

Ik verklaar dat mijn achterblijvende partner of erfgenamen gevraagd zijn om zich in te spannen om mijn collega's (zoals hieronder beschreven) bereid te vinden deze verantwoordelijkheid op zich te nemen.

Toegankelijkheid

- Mijn praktijkadministratie en cliëntendossiers zijn terug te vinden in mijn macbook in de map 'All for glory praktijk', tevens is hier een backup van op mijn NAS server;
- Papieren behandelovereenkomsten liggen in de kast op de praktijkruimte op de eerste etage van mijn huis;
- Tevens zijn cliëntengegevens opgeslagen in mijn softwarepakket 'Consultmanager', welke op mijn macbook maar ook vanaf iedere andere computer benaderbaar zijn met gebruikersnaam en wachtwoord;
- Ik heb afspraak gemaakt met collega Grace Meurkes (www.gracemeurkes.nl) dat zij dit document zal ontvangen van mijn familie, zodat zij de afwikkeling van mijn cliëntendossiers en administratie kan uitvoeren.

Toegang tot mijn macbook: via het wachtwoord 'xxxxxx' verkrijg je toegang tot mijn macbook.

Consultmanager

Ga op internet naar: <https://epraktijklogin.nl>

Gebruikersnaam: xxxx

Wachtwoord: xxxxx

Dan op het volgende inlogscherf:

Gebruikersnaam: xxx

Wachtwoord: xxx

Bewaren

Mijn cliëntendossiers komen onder verantwoordelijkheid van bovenstaande collega en zullen door haar gedurende de wettelijke bewaartermijn op een beveiligde plaats opgeslagen worden.

Informatie naar actieve cliënten

Wanneer ik zelf besluit te stoppen met mijn praktijk, zal ik zelf de cliënten informeren. Bij onverwachts stoppen – bijvoorbeeld door mijn overlijden – zullen cliënten daarover spoedig geïnformeerd worden bovengenoemde collega of mijn partner. Zij zullen onderling overleggen wie hier uitvoering aan geeft.

Na de mededeling van mijn overlijden, zal in een brief ook aangegeven worden met wie de cliënten contact kunnen opnemen over hoe het verder moet met hun behandeling (stoppen, verwijzen, overdragen). In dezelfde brief, of in een brief op een later tijdstip, worden cliënten geïnformeerd over de plaats waar hun dossier wordt bewaard en worden zij geïnformeerd over de mogelijkheid het dossier te laten vernietigen.

Informatie naar cliënten waarvan de behandeling is afgerond

Wanneer ik zelf besluit te stoppen met mijn praktijk, zal ik zelf de cliënten van wie de behandeling is afgerond, of hun ouders, informeren hierover.

Bij onverwachts stoppen – bijv. door mijn overlijden – zullen deze cliënten daarover spoedig geïnformeerd worden door mijn bovengenoemde collega of mijn partner. Zij zullen onderling overleggen wie hier uitvoering aan geeft.

De cliënten wiens behandeling is afgerond, of hun ouders, worden via de website www.allforglory.nl

geïnformeerd over de plaats waar hun dossier gedurende de wettelijke bewaartermijn opgeslagen zijn.

Afwikkeling praktijkadministratie

Om mijn praktijkadministratie af te kunnen wikkelen heeft Grace Meurkes toegang tot VECOZO met behulp van onderstaande gegevens:

Vecozo systeemcertificaat

Gebruikersnummer: xxx

Vecozo code: xxx

Wachtwoord reservekopie: xxx

Pincode: xxx

Vecozo persoonlijk certificaat:

Certificaatnaam: xxx

Gebruikersnummer: xxx

Wachtwoord: xxx

Wachtwoord reservekopie: xxx

AGB code praktijk: 94-061203

AGB code zorgverlener: 94-061199

NB.

Al bovenstaande wachtwoorden in inlogcodes zijn automatisch opgeslagen op mijn macbook en worden dus vanzelf door mijn macbook ingevoerd.

Ik hoop hiermee alle benodigde informatie verstrekt te hebben, bedankt!

Ray Staring – 1 juni 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ray Staring', enclosed in a thin black rectangular border. The signature is stylized and cursive.



Meldcode

Huiselijk geweld en/of kindermishandeling

Versie 1.0
December 2019

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	2
1.1	Meldrecht of meldplicht?	2
2	ALGEMENE INFORMATIE	2
2.1	Gegevens zorgaanbieder	2
2.2	Werkzaam in	3
2.3	Aandachtsgebieden	3
2.4	Samenstelling van de praktijk	3
2.5	Professioneel netwerk	3
3	MELDCODE ALL FOR GLORY	4
	Stap 1 Signalen in kaart brengen	4
	1.1 De behandelaar is zorgvuldig in het vastleggen van signalen	4
	Stap 2 Collegiale consultatie en zo nodig raadplegen van Veilig Thuis	4
	Stap 3 Gesprek met de cliënt	5
	3.1 Gesprek met de ouders van een jonge cliënt	5
	3.2 Gesprek over het doen van een melding	5
	3.3 Van een gesprek over de melding afzien	5
	Stap 4 Wegen	5
	Afweging 1: Heb ik op basis van de stappen 1 tot en met 3 van deze meldcode een vermoeden van of is er sprake van huiselijk geweld en/of kindermishandeling?	5
	Afweging 2: Heb ik een vermoeden van of is er sprake van acute of structurele onveiligheid?	6
	Stap 5 Beslissen	6
	Afweging 3: Ben ik in staat effectieve (passende) hulp te bieden of organiseren?	6
	Afweging 4: Werken de betrokkenen mee aan de geboden of georganiseerde hulp?	6
	Afweging 5: Leidt deze hulp tot duurzame veiligheid?	7
	Stap 6 Doen wat nodig is.	7
4	VERWIJSINDEX	7
4.1	Vijf redenen voor aansluiting bij de verwijsindex	8

1 INLEIDING

All For Glory is een zelfstandig zorgaanbieder in het sociale domein, welke zich richt op integratieve therapie aan jeugdigen. Belangrijk uitgangspunt van de praktijk is dat in alle afwegingen de belangen van de jeugdige centraal staan. In het verlengde hiervan vormen de universele rechten van het kind (<https://www.kinderrechten.nl/verdragstekst/>), zoals ook ondertekent door Nederland in 1989, een belangrijke leidraad voor het professionele handelen. Binnen deze kaders zullen eventuele signalen van huiselijk geweld en/of kindermishandeling gewogen worden.

Indien er signalen van huiselijk geweld en/of kindermishandeling zijn heeft behandelaar Ray Staring de verantwoordelijkheid hier adequaat op te reageren. Het handelingsbeleid hieromtrent staat beschreven in deze meldcode.

De uitgangspunten van dit beleid kenmerken zich door zorgvuldig handelen en de verantwoordelijkheid nemen huiselijk geweld en/of kindermishandeling te stoppen door tijdig hulp in te schakelen en/of een melding te doen. Als uitgangspunt is de landelijke meldcode zoals deze is opgesteld door de Rijksoverheid gebruikt.

1.1 Meldrecht of meldplicht?

Vanuit de Nederlandse wetgeving is er geen sprake van meldplicht maar van meldrecht. In landen waar er wel sprake is van een meldplicht, blijkt men vaak onnodig te melden uit angst voor aansprakelijkheid bij niet melden. Mede door het beroepsgeheim, voortvloeiend uit het beroepsgeheim van de behandelaar, brengt dit een spanningsveld en een grote verantwoordelijkheid wat betreft het wegingskader.

All For Glory neemt in deze het standpunt in dat het kunnen signaleren van en juist handelen in geval van huiselijk geweld en kindermishandeling een grondhouding en verantwoordelijkheid is waar de jeugdige op mag rekenen. Deze attitude gaat vooraf aan de hierna verder beschreven meldcode en wordt ook wel stap nul genoemd.

2 ALGEMENE INFORMATIE

All For Glory is een zelfstandige praktijk voor integratieve jongerentherapie, welke gevoerd wordt door eigenaar en behandelaar Ray Staring.

2.1 Gegevens zorgaanbieder

Naam praktijk:	All For Glory
Behandelaar:	Ray Staring
AGB codes praktijk:	90-057536 / 94-061203
AGB codes behandelaar:	90-049083 / 94-061199
Telefoonnummer:	06-53897611
E-mail:	ray@allforglory.nl
Kamer van Koophandel:	09166144

Praktijkadressen:
All For Glory – Duiven
Lijsterbeslaan 26
6921 ED Duiven

All For Glory – Arnhem
Parkstraat 39
6828 JD Arnhem

All For Glory – Groessen
St. Isidorusplein 4
6923 BD Groessen

2.2 Werkzaam in

De praktijk is gecontracteerd met de 12 gemeenten van Regio Centraal Gelderland, binnen de huidige contractering omschreven als Jeugd en Opvoedhulp niveau 2 met productcode 45A49.

De praktijk is tevens gecontracteerd met de 8 gemeentes van Sociaal Domein Achterhoek, binnen de huidige contractering omschreven als Behandeling Individueel Jeugd met productcode 45A66.

Naast de contracteringen wordt behandeling (deels) vergoed door de diverse zorgverzekeraars onder de noemers aanvullende, complementaire of alternatieve zorg.

2.3 Aandachtsgebieden

Mogelijke aanleidingen voor behandeling bij All For Glory kunnen zijn:

- Storende, beknellende, belemmerende gedachtes alsmede fobieën, angsten en dwanggedachten;
- Moeilijkheden in de omgang met anderen. Bijvoorbeeld pesten, gepest worden, moeite met aansluiting, faalangstige gevoelens/gedachten, gebrek aan assertiviteit, gebrekkige wederkerigheid, problemen met seksualiteit en relaties;
- Gedrag dat tot moeilijkheden leidt zoals driftbuien, druk of hyperactief, stelen, liegen, slecht slapen, tics, dwanghandelingen, zelfbeschadiging, concentratieproblemen, grensoverschrijdend en oppositioneel gedrag;
- Moeilijkheden met stemming, gevoelens en zelfbeeld zoals onzekerheid, somberheid, laag of onrealistisch zelfbeeld, stemmingswisselingen, verdriet, angsten, suïcidaliteit, woede etc;
- Lichamelijke klachten zonder medische verklaring zoals buikpijn, hoofdpijn, eczeem, hyperventilatie, motorische problemen (uitvalsverschijnselen);
- Moeilijkheden aangaande levensvragen, zingevingsvragen, betekenis, verbintenis, spirituele richting en hooggevoeligheid;
- Omgaan met gediagnosticeerde gedrags- en/of ontwikkelingsstoornissen zoals AD(H)D, Autistisch spectrum stoornissen, ODD, CD, Gilles de la Tourette, NLD, MCDD etc;
- Verwerken van belastende (traumatische) gebeurtenissen;
- Eetproblemen, gendertransitie, rouwverwerking.

2.4 Samenstelling van de praktijk

Ray Staring is eigenaar en enige behandelaar binnen praktijk All For Glory. In de meldcode verder omschreven als 'de behandelaar'.

2.5 Professioneel netwerk

- Aangesloten bij samenwerkingsverband Arnhems Kinder- en Jeugd Team (<http://www.akjt.nl>) bestaande uit:
 - Grace Meurkes, Integratief kindtherapeut (www.gracemeurkes.nl)
 - Charlotte Bohncke, psychomotor therapeut (<https://ziemijnerland.nl/arnhem/ziemijarnhem/>)
 - Esther Beldman, integratief kindtherapeut (<https://kindertherapiearnhem.nl>)
 - Nicky de Waal, GZ psycholoog (<https://www.ijj-ik.nl>)

De samenwerking binnen het AKJT kenmerkt zich door Intercollegiale consultatie, complementaire zorglevering, wachtlijstcoördinatie en vervanging bij ziekte.

- Aangesloten bij Kinder- en Jeugdpraktijken Regio Arnhem (<http://www.kjra.nl>). Beleidsmatige, bestuurlijke en intercollegiale kwaliteitsborging alsmede afstemming met diverse gemeentes staan centraal binnen deze alliantie.
- Periodiek overleg met diverse verwijzende POH GGZ-ondersteuners van huisartsen alsmede overleg en afstemming naar behoefte met medewerkers binnen de sociale wijkteams en (zorg-)medewerkers van scholen in de regio.

3 STAPPEN MELDCODE ALL FOR GLORY

Stap 1 Signalen in kaart brengen

- Behandelaar brengt de signalen die een vermoeden van huiselijk geweld of kindermishandeling bevestigen of ontkrachten in kaart en legt deze vast;
- Feiten en signalen worden uit elkaar gehouden;
- Bij het documenteren en bij informatie van derden wordt de bron vermeld. Indien er sprake is van een volwassen cliënt wordt de kind check gedaan (zie bijlage);
- De (uitkomsten van) de contacten over de signalen worden vastgelegd, evenals de stappen die worden gezet en de besluiten die worden genomen;
- Ook de gegevens die de signalen weerspreken worden vastgelegd;
- Als hulpmiddel bij het in kaart brengen van signalen wordt gebruik gemaakt van de digitale signalenkaart: <https://signalenkaart.nl>.

1.1 De behandelaar is zorgvuldig in het vastleggen van signalen:

- Signalen worden zo feitelijk mogelijk beschreven;
- Bij voorkeur worden signalen beschreven die zelf zijn waargenomen;
- Indien het noodzakelijk is ook signalen van anderen te melden wordt daarbij de bron beschreven;
- Behandelaar is volledig en beschrijft ook signalen die het vermoeden ontkrachten;
- Indien behandelaar ook hypothesen en veronderstellingen vastlegt wordt dit uitdrukkelijk vermeld;
- Er wordt een vervolgaantekening gemaakt als een hypothese of veronderstelling later wordt bevestigd of ontkracht;
- Diagnoses worden alleen vastgelegd als ze zijn gesteld door een bevoegd persoon.

Stap 2 Collegiale consultatie en zo nodig raadplegen van Veilig Thuis of een letseldeskundige

- Behandelaar bespreekt de signalen met een deskundige collega. Primair zullen dit collega's zijn van het Arnhems Kinder en Jeugd Team (<http://www.akjt.nl>);
- Indien nodig vraagt behandelaar, op basis van anonieme clientgegevens, ook advies aan Veilig Thuis of aan een deskundige op het gebied van letselduiding;
- Indien nodig vraagt behandelaar advies bij specifieke vormen van geweld zoals vrouwelijk genitale verminking, huwelijksdwang, eengerelateerd geweld en seksueel misbruik;
- Indien van toepassing geeft behandelaar vanuit zijn aansluiting in de verwijzindex daar een signaal via: <https://signaleren.multisignaal.nl/>

Stap 3 Gesprek met de cliënt

- Behandelaar gaat in gesprek met de cliënt en/of ouders of andere betrokkene. Hij bespreekt het doel van het gesprek, de waargenomen signalen en nodigt cliënt uit om daarop te reageren;
- Indien de zorgen over de signalen door het gesprek niet worden weggenomen worden ook de volgende stappen gezet;
- Behandelaar documenteert het gesprek;
- Indien er concrete aanwijzingen zijn dat door het voeren van het gesprek de veiligheid van een van de betrokkenen in het geding zou kunnen komen, dan kan behandelaar afzien van een gesprek met de cliënt (en/of ouders of andere betrokkenen).

3.1 Gesprek met de ouders van een jonge cliënt

- Is de cliënt nog geen twaalf jaar, dan voert de behandelaar de gesprekken over de signalen en eventueel over de melding met de ouders van de jonge cliënt;
- Is de cliënt al wel twaalf maar nog geen zestien jaar oud, dan worden deze gesprekken met de ouders én de jeugdige (gezamenlijk of afzonderlijk) gevoerd. Met de ouders wordt bedoeld de personen die het gezag over het kind of de jongere uitoefenen.

3.2 Gesprek over het doen van een melding

- Behandelaar legt uit waarom hij van plan is een melding te doen;
- Behandelaar vraagt de cliënt om een reactie;
- In geval van vragen en bezwaren van de cliënt zal de behandelaar in gesprek gaan en bezien of het mogelijk is tegemoet te komen aan de bezwaren;
- Indien het laatste niet mogelijk is, zal behandelaar de bezwaren van de cliënt afwegen tegen de noodzaak om de cliënt en zijn/haar gezin tegen het (risico op) geweld te beschermen. De aard en ernst van het geweld wordt daarin meegenomen;
- Behandelaar doet een melding als naar zijn oordeel de bescherming van de cliënt en zijn gezinsleden de doorslag heeft gegeven.

3.3 Van een gesprek over de melding met de cliënt en/of zijn ouders kan de behandelaar afzien

- Als behandelaar concrete aanwijzingen heeft dat door het gesprek de veiligheid van een betrokkene kan worden bedreigd;
- Als behandelaar aanwijzingen heeft om te veronderstellen dat de cliënt door het gesprek de contacten met behandelaar zal verbreken en daardoor uit het zicht raakt.

Stap 4 Wegen

- De aard en ernst van het huiselijk geweld en/of de kindermishandeling wordt door behandelaar gewogen door de afwegingsvragen te doorlopen:

Afweging 1: Heb ik op basis van de stappen 1 tot en met 3 van deze meldcode een vermoeden van of is er sprake van huiselijk geweld en/of kindermishandeling?

Nee: De meldcode wordt afgesloten en dit wordt vastgelegd in het dossier van de cliënt. Zo nodig organiseert de behandelaar hulp.

Ja: Ga verder met afweging 2.

Toelichting bij afweging 1:

De behandelaar vraagt zich na het doorlopen van de stappen 1,2 en 3 af of het huiselijk geweld en/of de kindermishandeling nog steeds gaande is of dat er nog steeds sprake is van een vermoeden daarvan. In alle stappen van de meldcode is het mogelijk deze af te sluiten. Ook is het op ieder moment mogelijk de meldcode opnieuw te starten. De behandelaar legt

de bevindingen vast in het dossier. Het model met de stappen van de meldcode en de daarin opgenomen afwegingsvragen impliceert een zekere volgordelijkheid. In de praktijk lopen deze stappen en de te maken afwegingen in hulpverleningsprocessen vaak door elkaar heen.

Afweging 2: Heb ik een vermoeden van of is er sprake van acute of structurele onveiligheid?

Ja: Melden bij Veilig Thuis. De afwegingsvragen 3 tot en met 5 worden samen met Veilig Thuis doorgenomen.

Nee: Melden bij Veilig Thuis is niet nodig.

Stap 5: Beslissen

- Is melden noodzakelijk?
- Is hulp bieden/organiseren (ook) mogelijk?

Afweging 3: Ben ik in staat effectieve (passende) hulp te bieden of organiseren?

Binnen de mogelijkheden van het beroep, de eigen kennis en/of deskundigheid, de organisatie waar hij werkt en persoonlijke omstandigheden weegt de behandelaar of hij zichzelf voldoende in staat acht op dat moment te handelen naar de onveilige situatie of de vermoedens daarvan. Het is belangrijk na de melding in gezamenlijk overleg met Veilig Thuis te kijken welke hulp nodig is en wie wat kan bieden.

Vragen ter afweging:

- Heeft de behandelaar de mogelijkheid indien nodig het slachtoffer in veiligheid te brengen?
- Zijn er duidelijke afspraken over de veiligheid met het cliëntsysteem en de betrokken professionals te maken?
- Is er voldoende zicht op onveilige gebeurtenissen in het verleden?
- Voelt de professional zich voldoende deskundig en bekwaam om veiligheid te bewerkstelligen, al dan niet in samenwerking met anderen?
- Kan de behandelaar de eventuele spanning die bij de situatie komt kijken hanteren?

Afweging 4: Werken de betrokkenen mee aan de geboden of georganiseerde hulp?

De behandelaar schat in en monitort of zijn inzet tot beweging bij de betrokkenen leidt. En of hij in afstemming met andere betrokken professionals aan de slag kan.

Vragen ter afweging:

- Zijn de betrokkenen, alle leden van het client systeem en het bredere netwerk van (informele) steunfiguren, bereid en in staat de voorgestelde hulp direct aan te gaan?
- Hebben alle betrokkenen en de betrokken professionals de focus op het stoppen van geweld en een (duurzaam) herstel van de veiligheid?
- Wordt er door alle betrokkenen gewerkt aan het herstel van direct veiligheid en het wegnemen van de oorzaken van het geweld?
- Is de hulp gericht op het versterken van de veerkracht en het herstel van de schade die is veroorzaakt door (de dreiging van) huiselijk geweld of kindermishandeling bij de betrokkene(n)?
- Is er sprake van een gezamenlijke analyse en een risicogestuurd zorg- en herstelplan met doelen en evaluatiemomenten? Is dit plan op maat gemaakt met alle betrokkenen van het gezin of huishouden, waarbij de doelen van begeleiding en/of hulpverlening helder zijn gesteld?

- Indien meerdere professionals betrokken zijn: zijn er voor iedereen bekende afspraken over samenwerking en casusregie op de veiligheid en de (multidisciplinaire) hulpverlening?

Afweging 5: Leidt deze hulp tot duurzame veiligheid?

Wanneer een professional die hulp biedt of organiseert om betrokkenen te beschermen tegen het risico op huiselijk geweld of kindermishandeling constateert dat de onveiligheid niet stopt of zich herhaalt, ondanks de aanwezigheid van een veiligheidsplan en zorg/herstelplan.

Vragen ter afweging:

- Stopt het geweld niet binnen de verwachte termijn?
- Is de problematiek (nog) ernstiger dan verwacht?
- Worde de gestelde doelen niet behaald binnen de verwachte termijn?
- Loopt de uitvoering van het veiligheids- en/of hulpverleningsplan vast?
- Is er specifieke expertise nodig?

Stap 6 Doen wat nodig is

Conform bovenstaand stappenplan zal behandelaar alle betrokkenen, professionals en instanties gelegenheid bieden te doen wat nodig is om jeugdige te beschermen tegen het (risico op) huiselijk geweld en/of kindermishandeling. Wanneer de situatie daarom vraagt en beschreven procedures niet leiden tot het beoogde doel van veiligheid voor de jeugdige, zal behandelaar alsnog de inspanningsverplichting op zich nemen om binnen de geldende wetgeving te realiseren dat de rechten van het kind nageleefd worden. Kort gezegd: doen wat nodig is zodat de jeugdige veilig kan ontwikkelen.

4 AANSLUITING BIJ DE VERWIJSINDEX

All For Glory is aangesloten bij de verwijsindex (<https://www.multisignaal.nl>) vanuit lidmaatschap van de vereniging Kinder- en Jeugdtherapeuten Regio Arnhem (KJRA).

De verwijsindex is een landelijk digitaal systeem waarin zorgsignalen over jeugdigen van 0 tot 23 jaar worden opgenomen. Hulpverleners en begeleiders die met kinderen en jongeren werken, kunnen in dit systeem aangeven wanneer zij zich zorgen maken over een jeugdige. Er kunnen allerlei redenen zijn voor ongerustheid. Dat kan als er bijvoorbeeld problemen zijn op school of met de gezondheid of persoonlijke ontwikkeling van een jeugdige.

Wanneer meerdere professionals tegelijkertijd bij een kind betrokken zijn en ondersteuning bieden, krijgen zij hiervan per e-mail een bericht, dat heet een 'match'. Soms ontstaat een match tussen professionals die bij verschillende kinderen uit hetzelfde gezin betrokken zijn. Als dit het geval is ontstaat een zogenaamde Gezinsmatch.

In de Verwijsindex leggen professionals alleen vast bij wie zij op dit moment betrokken zijn. Er staat geen inhoud in het systeem. Alleen naam, geslacht, geboortedatum en de gegevens van de professional zijn bekend. In de Verwijsindex staat nooit waarom professionals betrokken zijn, alleen dát er professionals betrokken zijn en wie dat zijn.

'Matches' tussen professionals zijn alleen zichtbaar voor de professionals die direct betrokken zijn bij het betreffende kind. Er kan dus niet gezocht worden naar kinderen of jongeren in het systeem door niet betrokken professionals. Een professional kan voor maximaal twee jaar zijn betrokkenheid aangeven. Daarna wordt het gegeven van betrokkenheid vijf jaar bewaard in het archief. De professional mag wel altijd afwegen om opnieuw zijn betrokkenheid aan te geven.

4.1 Aansluiting verwijsindex om vijf redenen:

Om de volgende redenen is All For Glory aangesloten bij de verwijsindex:

1. Vroegtijdig in contact komen met andere betrokken professionals die de jeugdige kunnen ondersteunen voordat er grotere problemen ontstaan.
2. In contact komen met professionals die bij het gezin van het kind of de jongere zijn betrokken vanuit de gedachte: één kind, één gezin, één plan.
3. Om professionals uit verschillende werkgebieden te vinden: onderwijs, gezondheidszorg, welzijn, veiligheid.
4. De regionale Verwijsindexen zijn gekoppeld. Hierdoor kunnen kinderen of jongeren in beeld blijven als ze verhuizen of naar school gaan in een andere stad of dorp.
5. De Verwijsindex is veilig en voldoet aan alle regels rondom het uitwisselen van informatie.



Klachtenregeling

Versie 1.0
December 2019

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	2
1.1	Gesprek met behandelaar	2
1.2	Contact met de VIT	2
1.3	De klachtenfunctionaris	2
1.4	Geschillencommissie: bindende uitspraak	3
1.5	Klachtenlijst op website	3
2	ALGEMENE INFORMATIE	4
2.1	Gegevens zorgaanbieder	4
2.2	Registraties	4
2.3	Praktijklocaties	4
2.4	Samenstelling van de praktijk	4
2.5	Professioneel netwerk	4
3	KLACHTENREGELING ALL FOR GLORY	6
3.1	Begripsbepalingen	6
3.2	Doelstellingen klachtenregeling	7
3.3	Uitgangspunten klachtenregeling	7
3.4	Klachtrecht cliënten	7
3.5	Besluit tot indienen of intrekken klacht	8
3.6	Voortgangsinformatie, termijnen en afsluiting klachtafhandeling	8
3.7	Geheimhouding en privacy	9
3.8	Registratie klachten; bewaring klachtdossiers	9
3.9	Kosten klachtafhandeling	9
3.10	De klachtenprocedure	9
3.11	Rol en bijdrage beklagde	9
3.12	Rol en bijdrage VIT-lid en/of VIT-bestuurder bij afhandeling klacht	10
3.13	Positie en waarborg onafhankelijkheid	10
3.14	Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden klachtenfunctionaris	10
3.15	Beoordeling van geschil via externe geschilleninstantie	11
3.16	Melding ernstige klachten; omgang met spoedeisende situaties	11
3.17	Signalering door betrokkenen; bespreking van signalen uit klachten	12
3.18	Klachtenrapportages en vervolg daarop	12
3.19	Omgang met onvrede over afhandeling klacht	12
3.20	Vaststelling, evaluatie, wijziging, beslissing klachtenregeling	12

Bijlage: Clientfolder SCAG

1 INLEIDING

Sinds 1 januari 2017 is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, de Wkkgz, van kracht. De Wkkgz bepaalt dat cliënten bij onvrede of een klacht eerst de ondersteuning van een klachtenfunctionaris krijgen en wanneer dit onvoldoende is, zij zich kunnen wenden tot de geschilleninstantie waar hun zorgverlener bij is aangesloten. Iedere zorgverlener moet een klachtenfunctionaris hebben, aangesloten zijn bij een geschilleninstantie en een klachtenreglement hebben dat is vastgesteld in overeenstemming met een representatieve patiënten/cliëntenorganisatie.

Vanuit aansluiting bij de Vereniging van Integraal Therapeuten (VIT) heeft All For Glory collectieve aansluiting bij de geschilleninstantie van de Stichting Complementaire en Alternatieve Gezondheidszorg (SCAG). Zie: <https://www.scag.nl>. Dit is een professionele, niet commerciële geschilleninstantie en hiermee is het klachtenreglement conform de Wkkgz geregeld en erkend door de representatieve patiënten/cliëntenorganisatie Zorgbelang Nederland. De klachtenfunctionaris is geregeld door gebruik te maken van de poule van de SCAG-klachtenfunctionarissen. In dit document wordt de klachtenregeling van All For Glory nader omschreven.

1.1 Gesprek met behandelaar

All For Glory heeft het streven dat cliënten zich prettig voelen, dat ze ervaren dat er naar hen geluisterd wordt, dat er aangesloten wordt op de persoon en hulpvraag en zorgvuldig te zijn in al het handelen. Indien een cliënt (of diens ouders/verzorgers), op welke manier dan ook, onvrede hebben met de begeleiding of bejegening van de behandelaar worden zij uitgenodigd hiertoe in gesprek met de behandelaar te gaan. Mocht een gesprek niet voldoende zijn om de onvrede op te lossen, of indien cliënt en/of diens ouders/verzorgers deze stap wensen over te slaan, dan kan er een klacht ingediend worden via de beroepsvereniging, de Vereniging van Integraal Therapeuten (VIT).

1.2 Contact met de VIT

Op de website van All For Glory staat een weblink naar het klachtenformulier van het secretariaat van de VIT: <https://www.vit-therapeuten.nl/contact/klachtformulier/>. Het secretariaat zal vervolgens een klachtenfunctionaris contact laten opnemen met de cliënt en/of diens ouders/verzorgers.

1.3 De klachtenfunctionaris

De behandelaar is als lid van de VIT collegatief aangesloten bij de door de overheid erkende geschilleninstantie van de [*Stichting Complementaire en Alternatieve Gezondheidszorg*](#) (SCAG).

De klachtenfunctionaris is geregeld door gebruik te maken van de poule van de SCAG-klachtenfunctionarissen. De klachtenfunctionaris werkt onafhankelijk van de therapeut en de beroepsvereniging en ondersteunt de cliënt bij het formuleren van zijn klacht of onvrede en bij het onderzoeken van oplossingen. Samen met de cliënt wordt gekeken naar de mogelijkheden om gehoor te vinden voor zijn klacht en het realiseren van een oplossing. De klachtenfunctionaris zal de onvrede bespreken met de behandelaar. Wanneer dit niet tot een voor de klager bevredigend resultaat leidt, verstrekt de klachtenfunctionaris de klager informatie over mogelijkheden voor indiening van de klacht bij een daartoe geëigende instantie zoals de geschillencommissie.

1.4 Geschillencommissie: bindende uitspraak

Is voor de cliënt zijn onvrede of klacht niet naar tevredenheid opgelost dan kan hij zich wenden tot de geschillencommissie. De geschillencommissie doet onafhankelijk van alle partijen een uitspraak over de klacht, in deze fase geschil genoemd. De uitspraak is bindend, zowel voor de cliënt als voor de therapeut. De behandelaar kan vanuit zijn aansluiting bij de SCAG bij hen een beroep doen op een vertrouwenspersoon voor ondersteuning.

1.5 Klachtenlijst op website

Jaarlijks wordt op de website van de praktijk (www.allforglory.nl) een klachtenlijst gepubliceerd waarin vermeld wordt of er klachten zijn ingediend, welke klachten dit zijn geweest en hoe deze zijn afgehandeld.

2 ALGEMENE INFORMATIE

All For Glory is een zelfstandige praktijk voor integratieve jongeretherapie, welke gevoerd wordt door eigenaar en behandelaar Ray Staring. De praktijk is gecontracteerd met de 12 gemeenten van Regio Centraal Gelderland, binnen de huidige contractering omschreven als Jeugd en Opvoedhulp niveau 2 met productcode 45A49. Tevens is de praktijk gecontracteerd met de 8 gemeentes van Sociaal Domein Achterhoek, binnen de huidige contractering omschreven als Behandeling Individueel Jeugd met productcode 45A66. Naast de contracteringen wordt behandeling (deels) vergoed door de diverse zorgverzekeraars onder de noemers aanvullende, complementaire of alternatieve zorg.

2.1 Gegevens zorgaanbieder

Naam praktijk: All For Glory
Behandelaar: Ray Staring
AGB codes praktijk: 90-057536 / 94-061203
AGB codes behandelaar: 90-049083 / 94-061199
Telefoonnummer: 06-53897611
E-mail: ray@allforglory.nl
Kamer van Koophandel: 09166144

2.2 Registraties

- European Certificate for Psychotherapy (ECP-NL 672)
- Nederlandse Associatie voor Psychotherapie (NAP-672)
- Vereniging van Integraal Therapeuten (VIT-nr: 445.14.A)
- Register Beroepsbeoefenaren Complementaire Zorg (registratienr. 103222R)
- Kiwa certificering niveau 5 (registratienr. 13395)

2.3 Praktijklocaties

All For Glory – Duiven
Lijsterbeslaan 26
6921 ED Duiven

All For Glory – Arnhem
Parkstraat 39
6828 JD Arnhem

All For Glory – Groessen
St. Isidorusplein 4
6923 BD Groessen

2.4 Samenstelling van de praktijk

Ray Staring is eigenaar en enige behandelaar binnen praktijk All For Glory. In de meldcode verder omschreven als 'de behandelaar'.

2.5 Professioneel netwerk

- Aangesloten bij samenwerkingsverband Arnhems Kinder en Jeugd Team (<http://www.akjt.nl>) bestaande uit:
 - Grace Meurkes, Integratief kindtherapeut (www.gracemeurkes.nl)
 - Charlotte Bohncke, psychomotor therapeut (<https://ziemij nederland.nl/arnhem/ziemijarnhem/>)

- Esther Beldman, integratief kindertherapeut (<https://kindertherapiearnhem.nl>)
- Nicky de Waal, GZ psycholoog (<https://www.ijj-ik.nl>)

De samenwerking binnen het AKJT kenmerkt zich door Intercollegiale consultatie, complementaire zorglevering, wachtlijstcoördinatie en vervanging bij ziekte.

- Aangesloten bij Kinder en Jeugdpraktijken Regio Arnhem (<http://www.kjra.nl>). Beleidsmatige, bestuurlijke en intercollegiale kwaliteitsborging alsmede afstemming met diverse gemeentes staan centraal binnen deze alliantie.
- Periodiek overleg met diverse verwijzende POH-GGZ ondersteuners van huisartsen alsmede overleg en afstemming naar behoefte met medewerkers binnen de sociale wijkteams en (zorg-)medewerkers van scholen in de regio.

3 KLACHTENREGELING ALL FOR GLORY

Vanuit lidmaatschap bij de Vereniging van Integraal Therapeuten (VIT) is onderstaande klachtenregeling gebaseerd op het klachtenreglement van deze beroepsvereniging.

3.1 Begripsbepalingen

In deze klachtenregeling wordt verstaan onder:

VIT-lid:	De beroepsbeoefenaar die geregistreerd lid is van de beroepsvereniging VIT en die valt onder de VIT-klachtenregeling gebaseerd op de Wkkgz. Dit VIT-lid heeft de status van zorgaanbieder, in de zin van de Wkkgz (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Stbl. 2015, 407).
VIT-beroepsvereniging:	De vereniging van VIT-beroepsbeoefenaren. Deze wordt in het kader van deze klachtenregeling vertegenwoordigd door het VIT-verenigingsbestuur of een door dit bestuur aangewezen persoon die de klachtenregeling in portefeuille heeft.
Medewerker:	Een bij of voor lid van de VIT in de praktijk werkzame persoon. Dit betreft zowel personen met een betaald dienstverband, als vrijwilligers en tijdelijk of op consultbasis in het kader van de zorg/dienstverlening ingeroepen personen.
Cliënt:	Een natuurlijk persoon die gebruik wil maken, maakt of heeft gemaakt van de diensten van een VIT-lid en/of de praktijk waaraan het VIT-lid is verbonden. Dit kan ook een natuurlijk persoon zijn die in het kader van systeemgesprekken betrokken is (geweest) bij de diensten van de zorgaanbieder en/of de praktijk waaraan de zorgaanbieder is verbonden.
Naaste:	Een natuurlijke persoon in de omgeving van de cliënt die optreedt als diens formele vertegenwoordiger.
Klacht:	Een uiting van onvrede over een gedraging ² van een VIT-lid/-praktijk en/of de voor/bij deze werkzame personen jegens de individuele cliënt of diens vertegenwoordiger. Het begrip 'klacht' kent geen beperkingen wat betreft doel van de klager ³ , complexiteit, (on)terechtheid of (on)gegrondheid. Wel wordt een klacht als klacht behandeld wanneer deze uitsluitend op schrift, daaronder valt ook per mail, is gesteld.
Klager:	De persoon die een klacht indient. Dit kan zijn: de cliënt zelf; of diens wettelijke of gemachtigde vertegenwoordiger.
Beklaagde:	Degene over wie een klacht is ingediend dan wel degene die verantwoordelijkheid draagt voor het handelen waarop de klacht betrekking heeft.
Klachtenfunctionaris:	Degene die door de VIT is aangewezen om vanuit een onafhankelijke en onpartijdige positie klagers te voorzien van informatie, advies en bijstand teneinde (intern en/of extern) een klacht in te kunnen dienen en die klagers en beklagden begeleidt bij het (zo mogelijk) oplossen van problemen en/of herstel van de relatie.
Klachtenafhandeling:	De handelingen, procedures en/of instanties die betrekking hebben op de omgang met klachten van cliënten.
Klachtenopvang:	Het aanhoren van de klacht, het verstrekken van informatie en advies en het bieden van bijstand bij de klachtenafhandeling.
Klachtenbemiddeling:	De begeleiding door de klachtenfunctionaris van klager en beklagde bij het zoeken naar een bevredigende oplossing van de klacht.
Afsluitbericht:	Een schriftelijke mededeling van de beklagde, of een door deze aangewezen bevoegde persoon, waarin met redenen omkleed is aangegeven tot welke eindconclusies de afhandeling van de klacht via de VIT-klachtenregeling heeft

	geleid, tot welke afspraken of maatregelen is besloten en binnen welke termijn deze worden gerealiseerd.
Geschil:	Een klacht waarop de klager niet binnen de afgesproken termijn een reactie heeft ontvangen, dan wel een afwijzende of in zijn beleving onbevredigende reactie heeft ontvangen en die de klager vervolgens ter beoordeling voorlegt aan de externe geschilleninstantie.
Geschilleninstantie:	De externe geschilleninstantie waarbij het VIT-lid zich, conform de vereisten van de Wkkgz, heeft aangesloten.
Uitspraak:	De schriftelijke weergave van de geschillenbehandeling, het oordeel, de eventuele beslissing en de eventuele aanbevelingen van de geschilleninstantie. De uitspraak van de beoordelende geschilleninstantie is bindend voor het VIT-lid en zijn praktijk.
Hij/zij of zijn/haar:	In deze regeling wordt de “hij” vorm gebruikt. Waar “hij” staat kan ook “zij” worden gelezen, evenzo voor “zijn” of “haar”

3.2 Doelstellingen klachtenregeling All For Glory

- Recht doen aan de belangen van de individuele cliënt en diens wettelijke vertegenwoordiger door een zorgvuldige afhandeling van de klacht.
- Zo mogelijk oplossen van via de klacht ingebrachte problemen van de klager.
- Bevorderen van herstel van de vertrouwensrelatie tussen klager en behandelaar.
- Bijdrage leveren aan de kwaliteitsverbetering van het handelen van VIT-leden, in structurele zin.

3.3 Uitgangspunten klachtenregeling All For Glory

- Laagdrempelige en toegankelijke inrichting van de mogelijkheid om tot bespreking, oplossing en/of beoordeling van de klacht te komen.
- Bevorderen van de mogelijkheden om klachten snel en binnen de directe relatie cliënt en/of diens wettelijke vertegenwoordiger, en het VIT-lid te bespreken en zo mogelijk op te lossen.
- Onafhankelijke en onpartijdige bemiddeling en behandeling van de klacht.
- Afhandeling van de klacht op basis van hoor en wederhoor.
- Respecteren van de beleving van de klager en het zelfstandig klachtrecht van de cliënt.
- Respecteren van de eigen professionele verantwoordelijkheid van het VIT-lid en de voor deze werkzame personen.
- Respecteren van de privacy van cliënt, klager, beklaagde, het VIT-lid en zijn praktijk en andere bij de klachtafhandeling betrokkenen; dit conform de relevante wettelijke bepalingen en voor zover dit niet leidt tot inperking van het klachtrecht van de cliënt (en diens wettelijke vertegenwoordigers) conform de wet en conform dit reglement.

3.4 Klachtrecht cliënten

- De cliënt heeft het recht om een klacht in te dienen over gedragingen van de behandelaar en de voor deze werkzame personen, jegens cliënt zelf of de wettelijke vertegenwoordiger.
- Bij de indiening (en verder afhandeling van de klacht) kan de cliënt zich laten vertegenwoordigen door een door hem aangewezen of gemachtigde persoon.
- Wanneer bij een (meerderjarige) cliënt sprake is van een door de rechter aangewezen wettelijk vertegenwoordiger (mentor, curator) is deze gerechtigd om voor de cliënt een klacht in te dienen. De wettelijk vertegenwoordiger houdt zich daarbij aan de vereisten die gelden voor hem als goed vertegenwoordiger.
- Een persoon die door een VIT-lid als vertegenwoordiger van de cliënt wordt geweigerd, heeft het recht hierover een klacht in te dienen en te laten beoordelen of deze weigering terecht is.

- e) Voor de indiening van een klacht over de behandelaar geldt geen verjaringstermijn, tenzij daarover nadere wettelijke regels van kracht zijn/worden. Van de klager wordt verwacht dat hij zijn klacht binnen bekwame tijd nadat hij het gebrek in de dienstverlening van de zorgaanbieder heeft ontdekt, of redelijkerwijs had moeten ontdekken, aan de zorgaanbieder meldt.

3.5 Besluit tot indienen of terugtrekken klacht

- a) De klager kan, indien de bespreking van de onvrede met de behandelaar de onvrede niet heeft weggenomen, of indien zich de situatie voordoet dat klager zich niet rechtstreeks tot de behandelaar wil of durft te wenden, zijn klacht kenbaar maken bij de VIT en een beroep doen op ondersteuning van de klachtenfunctionaris. Deze ondersteuning van de klachtenfunctionaris bestaat uit het bijstaan van de klager bij het formuleren van de klacht en de onvrede bespreken met de behandelaar. Wanneer dit niet tot een voor de klager bevredigend resultaat leidt, verstrekt de klachtenfunctionaris de klager informatie over mogelijkheden voor indiening van de klacht bij een daartoe geëigende instantie.
- b) Een klacht moet schriftelijk via een van datum voorziene klachtenformulier worden ingediend bij het secretariaat van de VIT. Dit kan digitaal via: <https://www.vit-therapeuten.nl/contact/klachtformulier/>
- c) De datum waarop de klacht via het klachtenformulier is ingediend bij de VIT over beklagde, en zodoende is ontvangen, geldt als de formele aanvangsdatum van de klachtenprocedure waarbij de wettelijke termijnen (artikel 7.2.) van kracht gaan.
- d) De klager heeft het recht om op elk moment gedurende een klachtenprocedure zijn klacht in te trekken of te besluiten tot stopzetting van de procedure. Hij stelt de betrokken klachteninstantie(s) hiervan dan schriftelijk in kennis.
- e) Ingeval sprake is van een wettelijke verplichting of een zwaarwegend belang kan de klachteninstantie of een andere bij de klacht betrokkene ook na stopzetting van de procedure door de klager besluiten tot passende verdere actie. Dit gebeurt met kennisgeving aan klager en beklagde, tenzij een zwaarder wegend belang zich daartegen verzet.

3.6 Voortgangsinformatie, termijnen en afsluiting klachtafhandeling

- a) De klager wordt op de hoogte gehouden van de voortgang van de afhandeling van de klacht door de aan hem/haar toegewezen klachtenfunctionaris.
- b) De afhandeling van een klacht vindt zo spoedig mogelijk plaats, maar uiterlijk binnen een termijn van 6 weken na het moment van indiening van de klacht. Deze termijn is zo nodig te verlengen met 4 weken mits klager en beklagde daarover schriftelijk bericht hebben ontvangen met opgave van redenen voor deze verlengde termijn.
- c) Een verdere verlenging van de afhandelingstermijn is mogelijk, met opgaaf van de redenen hiervoor aan klager en beklagde en met instemming van de klager.
- d) Bij overschrijding van de (eventueel nader afgesproken) afhandelingstermijn van de klacht heeft de klager het recht om de zaak ter verdere behandeling voor te leggen aan de externe geschilleninstantie.
- e) Bij afsluiting van de klachtafhandeling ontvangen klager en beklagde, bij mondeling en schriftelijk ingediende klachten, een schriftelijk afsluitbericht. De klachtenfunctionaris stelt het afsluitbericht op.
- f) Het afsluitbericht bevat in elk geval informatie over de uitkomsten van de klachtafhandeling, eventueel (al) tussen klager en beklagde, overeengekomen afspraken, de status van het afsluitbericht en informatie over mogelijkheden tot een vervolg op de klachtafhandeling.

3.7 Geheimhouding en privacy

- a) Allen die bij de afhandeling van een klacht betrokken zijn (geweest), zijn tot geheimhouding verplicht van wat hen uit hoofde van die afhandeling bekend is geworden en waarvan zij het vertrouwelijke karakter kennen of redelijkerwijs kunnen vermoeden.
- b) De geheimhouding geldt onder voorbehoud van enig wettelijk voorschrift dat een bij de afhandeling betrokkene tot bekendmaking verplicht en voor zover dit niet leidt tot een aantasting van het klachtrecht van de cliënt.
- c) De geheimhoudingsplicht van de klachtenfunctionaris duurt ook voort na beëindiging van hun functie in het kader van de klachten- of geschillenregeling.

3.8 Registratie klachten; bewaring klachtdossiers

- a) De klachtenfunctionaris draagt zorg voor dossiervoering en registratie van de klachten waarbij hij de klager heeft ondersteund.
- b) De dossiervoering, -bewaring en de registratie geschiedt zodanig dat de privacy van klager, beklagde en eventuele andere betrokkenen gewaarborgd is en onbevoegden geen inzage kunnen krijgen.
- c) De klachtenregistratie en de klachtdossiers worden gedurende twee jaar na afsluiting van de afhandeling van de klacht bewaard, tenzij er zwaarwegende redenen zijn om deze informatie/stukken langer te bewaren. Hierna vindt bewaring in geanonimiseerde versie plaats van kerngegevens en -stukken.
- d) De behandelaar houdt in het cliëntendossier geen aantekening bij over door de cliënt (of zijn wettelijk vertegenwoordiger) ingediende klachten en de afhandeling van deze. De afspraken volgend uit de klachtenafhandeling worden wel door de behandelaar in het cliëntendossier opgenomen.

3.9 Kosten klachtafhandeling

- a) Aan klager brengt de VIT voor de afhandeling van klachten via de klachtenfunctionaris, geen kosten in rekening.
- b) Over de (toerekening van) kosten van de afhandeling van de klacht door de geschilleninstantie worden in de geschillenregeling nadere afspraken gemaakt. De VIT maakt deze kosten (tevorens) aan klager en beklagde bekend.
- c) De kosten voor externe, op initiatief van de klager of beklagde zelf ingeroepen, ondersteuning of bijstand en de kosten van door klager of beklagde zelf bij de klachtafhandeling betrokken vertegenwoordigers, getuigen of deskundigen komen voor rekening van de betrokken partij(en) zelf.

3.10 De klachtenprocedure

1. De VIT vraagt een klachtenfunctionaris contact op te nemen met klager wanneer:
 - a) Klager de cliënt zelf, of diens wettelijke of gemachtigde vertegenwoordiger is;
 - b) De klacht betrekking heeft op een bij de VIT geregistreerd lid;
 - c) De klacht op schrift is gesteld.Daarnaast kan de klager te allen tijde zelfstandig via de beroepsvereniging van de beklagde een beroep doen op een klachtenfunctionaris.
2. Een schriftelijke klacht dient tenminste de volgende informatie te bevatten: de naam en adresgegevens van de klager, de naam en praktijkgegevens van de beklagde, de inhoud van de klacht, de periode waarin de klager door de beklagde behandeld werd.

3.11 Rol en bijdrage beklagde (de behandelaar)

- a) Een beklagde die rechtstreeks van de klager of via een ander kennis neemt van een klacht over hem, stelt de klager in de gelegenheid om zijn klacht toe te lichten, al dan niet via de

- b) klachtenfunctionaris. Hij spant zich in om tot een (verdere) bespreking en zo mogelijk oplossing te komen; hij werkt mee aan de (verdere) afhandeling van de klacht over hem.
- c) Als dat voor een goede bespreking van de klacht bevorderlijk is, betreft de beklagde bij de verdere klachtafhandeling een klachtenfunctionaris vanuit VIT erbij.
- d) Wanneer een eerste gesprek niet bevredigend is voor de klager wijst de beklagde de klager altijd op de mogelijkheid om de klacht (ook) in te dienen bij de VIT om een beroep te kunnen doen op de klachtenfunctionaris. Dit in het geval de klager nog geen contact heeft gehad met de klachtenfunctionaris.
- e) Een beklagde over wie een klacht is ingediend, heeft het recht om zelf – mondeling of schriftelijk – een toelichting op zijn handelen te geven aan de klager danwel aan de klachtenfunctionaris.
- f) Een aangeklaagd VIT-lid en voor deze werkzame personen over wie een klacht is ingediend, heeft het recht om kennis te nemen van deze klacht. Uiterlijk na inzet van de klachtenfunctionaris en eventueel na ondersteuning door de klachtenfunctionaris bij de schriftelijke formulering van de klacht, zal de klacht zo spoedig mogelijk aan de aangeklaagde kenbaar worden gemaakt.
- g) Een beklagde kan binnen de VIT een beroep doen op advies of bijstand bij de afhandeling van de klacht over hem. Hij ontvangt daarover algemene informatie en/of kan navraag doen bij bestuur of de klachtenfunctionaris.

3.12 Rol en bijdrage VIT-lid en/of VIT-bestuurder bij afhandeling klacht

- a) VIT-lid en/of VIT-bestuurder stimuleert een snelle en open bespreking van onvrede.
- b) VIT-lid en/of VIT-bestuurder neemt niet ongevraagd en zonder overleg met de beklagde diens eigen bijdrage aan de afhandeling van een klacht over.
- c) VIT-lid en/of VIT-bestuurder weegt bij elke klacht, waarvan hij kennisneemt, af of de bijstand aan zowel klager als beklagde voldoende is geregeld. Zo nodig onderneemt hij daarin actie, met inzet van of in overleg met de klachtenfunctionaris.

3.13 Positie en waarborg onafhankelijkheid

- a) De klachtenfunctionaris stelt zich onafhankelijk op tegenover klager, beklagde, VIT-lid en VIT-bestuur. Hij bepaalt, binnen de algemene kaders van beroepsprofiel, functiebeschrijving en –protocol, zelf zijn handelwijze bij de afhandeling van een specifieke klacht.
- b) De klachtenfunctionaris werkt onafhankelijk en heeft rechtstreekse toegang tot het VIT-lid of het bestuur van de VIT.
- c) De klachtenfunctionaris vervult zijn functie niet in combinatie met andere (uitvoerende, ondersteunende, adviserende, leidinggevende of bestuurlijke) functies bij de VIT of bij andere organisaties wanneer een dergelijke combinatie van functies kan leiden tot een aantasting van zijn mogelijkheid om in de rol van klachtenfunctionaris onafhankelijk en onpartijdig te kunnen functioneren.
- d) Ingeval van – directe of indirecte – persoonlijke betrokkenheid bij een klager of beklagde of bij andere betrokkenen bij een bepaalde klacht(afhandeling), laat de klachtenfunctionaris zich vervangen door een andere klachtenfunctionaris.

3.14 Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden klachtenfunctionaris

- a) Het bieden van (eerste) klachtopvang.
- b) Het geven van informatie en advies over de mogelijkheden voor afhandeling van de klacht.
- c) Bijstand verlenen.
- d) Het inwinnen van informatie en het raadplegen van voor de klacht relevante stukken.
- e) Bemiddeling.

- f) Procesbegeleiding en voortgangsbewaking.
- g) Begeleiding bij bijzondere situaties.
- h) Voorlichting over klachtrecht en klachtenmanagement.
- i) Het gevraagd en ongevraagd adviseren van beklagde, de zorgaanbieder, over de afhandeling van een specifieke klacht of over zijn omgang met klachten in algemene zin.
- j) Signalering en advisering in het kader van verbetering van de kwaliteit van zorg.

3.15 Beoordeling van geschil via externe geschilleninstantie

- a) Het bestuur van de VIT draagt zorg voor aansluiting bij een externe geschilleninstantie.
- b) De VIT, het VIT-lid en de klachtenfunctionaris voorzien klagers van de juiste informatie over hun (on)mogelijkheden om een beroep te doen op de geschilleninstantie.
- c) Ingeval de klager een beroep doet op de geschilleninstantie, omdat naar zijn mening de wettelijke/reglementaire termijn voor de interne afhandeling van de klacht is overschreden, kan de geschilleninstantie – wanneer daarvoor redelijke gronden aanwezig zijn – besluiten om de uitkomsten van deze interne afhandeling af te wachten alvorens het geschil in behandeling te nemen.
- d) In vervolg op een afsluitbericht van de klachtenfunctionaris, of op een (bindende) uitspraak of advies van de geschilleninstantie, ontvangt klager binnen een maand een schriftelijke reactie van de beklagde. In deze reactie geeft het betrokken VIT-lid aan of hij overgaat tot maatregelen, wat de strekking van deze is en wanneer effectuering van deze plaatsvindt. Ingeval de uitspraak vergezeld gaat van aanbevelingen is in de schriftelijke reactie van betrokken VIT-lid gemotiveerd aangegeven of hij deze al dan niet overneemt.
- e) Het bestuur van de VIT ontvangt van het betrokken VIT-lid een (geanonimiseerd) afschrift van de uitspraak/advies van de geschilleninstantie alsmede de reactie van betrokken VIT-lid daarop.

3.16 Ernstige klachten en spoedeisende situaties

- a) Indien een klacht een (kennelijk) ernstige situatie betreft, verzoekt de bij de afhandeling van deze klacht betrokken klachtenfunctionaris de direct bij de situatie betrokkene VIT-lid passende maatregelen te treffen. Dit wordt vermeld in het afsluitbericht aan het bestuur van VIT.
- b) Onder een (klacht over een) ernstige situatie wordt in elk geval verstaan:
 1. Een situatie die bij voortbestaan kan leiden tot directe schade voor de cliënt en/of voor VIT-lid en/of diens praktijk;
 2. Een situatie die een ernstige en structurele bedreiging inhoudt voor de kwaliteit van de diensten aan andere cliënten of voor de veiligheid van VIT-lid en/of diens praktijk;
 3. Een misdrijf, calamiteit, geweld in de zorgrelatie en/of een incident dan wel het vermoeden hiervan.
- c) Indien de bij de afhandeling van de klacht betrokken klachtenfunctionaris of het VIT-bestuur niet is gebleken dat de direct betrokkene of verantwoordelijke binnen een redelijke termijn passende maatregelen heeft genomen, vindt door het VIT-bestuur melding aan het VIT-lid plaats met het verzoek aan deze om tot passende maatregelen over te gaan.
- d) Komt het VIT-lid niet binnen een redelijke termijn tot passende maatregelen of ontstaat daarover onvoldoende duidelijkheid, dan gaat het VIT-bestuur over tot maatregelen. Het betrokken VIT-lid ontvangt een afschrift van dit voornemen.
- e) Wanneer een betrokkene bij een klacht(afhandeling) kennis neemt van omstandigheden waarbij (mogelijk) sprake is van een spoedeisend belang is deze gerechtigd om onmiddellijk contact op te nemen met de persoon of instantie die in staat of verantwoordelijk is om passende maatregelen te nemen ter voorkoming van (mogelijke) nadelige gevolgen. Dit gebeurt zo nodig buiten onmiddellijk medeweten en eventuele toestemming van klager en/of beklagde.

3.17 Signalering door betrokkenen; bespreking van signalen uit klachten

- a) Ieder die betrokken is bij (de afhandeling van) een individuele klacht over een VIT-lid overweegt tevens de betekenis van deze klacht als signaal voor kwaliteitsverbetering. Hij zorgt dat dit signaal, met inachtneming van de privacy van cliënt/klager en beklagde, op de juiste plaats bekend wordt.
- b) De betrokkene bespreekt met belanghebbenden de signalen van onvrede waarmee hij te maken krijgt en de betekenis daarvan in termen van kwaliteitsverbetering.
- c) Een VIT-lid waarborgt dat een systematische bewaking van uit de signalering volgende acties plaatsvindt. Hij informeert het bestuur van de VIT over kwaliteitssignalen en acties die voor de beroepsvereniging als geheel van belang (kunnen) zijn.
- d) Het bestuur van de VIT neemt zo nodig passende maatregelen bij (het vermoeden van) structurele tekortkomingen in de goede zorg, zowel wat betreft de beroepsuitoefening van VIT-leden als die van het specifieke VIT-lid.

3.18 Klachtenrapportages en vervolg daarop

- a) De klachtenfunctionaris stelt per jaar op basis van geregistreerde klachten een geanonimiseerde klachtenrapportage op voor het bestuur van de VIT. Hij voorziet deze jaarrapportages zo nodig van aanbevelingen.
- b) Het bestuur van de VIT bespreekt deze jaarrapportages op passende wijze binnen de beroepsvereniging en deelt waar mogelijk de bevindingen met collega-beroepsverenigingen ten behoeve van de kwaliteitsverbetering van de hulpverlening.
- c) Als bij op het opstellen van de klachtenrapportages blijkt dat sprake is van specifieke VIT-leden/-praktijken over wie zich relatief meer klachten voordoen, informeert de klachtenfunctionaris het bestuur van de VIT over deze situatie met vermelding van de naam van het betreffend VIT-lid. Dit VIT-lid ontvangt hiervan een kopie.
- d) Het bestuur van de VIT neemt zo nodig passende maatregelen (bij (een vermoeden van) structurele tekortkomingen in de goede zorg.

3.19 Omgang met onvrede over afhandeling klacht

Een klager die van mening is dat de afhandeling van zijn klacht niet heeft plaatsgevonden conform de vereisten van de Wkkgz en/of het VIT-klachtenreglement kan de Inspectie voor de Gezondheidszorg vragen om toetsing. Deze toetsing heeft niet het karakter van een inhoudelijke (her-)beoordeling van de klacht.

3.20 Vaststelling, evaluatie, wijziging, beslissing klachtenregeling

- a) Evaluatie van de klachtenregeling zal plaatsvinden één jaar na inwerkingtreding van de klachtenregeling en vervolgens om de drie jaar. De bestuurder zal in het kader van de evaluatie tenminste de klachtenfunctionaris, en de belangen van VIT-leden horen.
- b) Dit klachtenreglement kan door het bestuur van de VIT met toestemming van de patiënten/cliëntenorganisatie Zorgbelang en de Stichting Complementaire en Alternatieve Geneeswijzen (SCAG) worden gewijzigd, of ten gunste van een nieuw reglement worden ingetrokken.
- c) Alvorens tot vaststelling, wijziging of intrekking van het klachtenreglement te besluiten, vraagt het bestuur van de VIT om advies van de klachtenfunctionaris. Daarbij worden de wettelijke bepalingen omtrent het advies-/instemmingsrecht van voor de VIT-leden in acht genomen.
- d) In alle gevallen waarin dit klachtenreglement niet voorziet, beslist het bestuur van de VIT dit na overleg met belanghebbenden die bij de uitvoering van het betreffende onderdeel van de klachtenregeling is/zijn betrokken.

Bijlage: cliëntfolder SCAG (aanwezig in praktijk)



U heeft een klacht. Wat nu?

Meestal lost een goed gesprek met uw zorgaanbieder uw onvrede of klacht op.

Het is belangrijk om uw onvrede of klacht eerst met uw zorgaanbieder te bespreken. Misschien is er sprake van een misverstand en komt u er samen uit als u kenbaar maakt waarover u ontevreden bent of wat u anders wilt. Is het moeilijk uw onvrede onder woorden te brengen? Probeer het dan op te schrijven en leg deze notitie dan voor aan uw zorgaanbieder. Mogelijk ontstaat er op deze manier een opening om met elkaar te praten en het probleem de wereld uit te helpen.

Als u er samen niet uitkomt

Voelt u zich niet in staat uw onvrede of klacht te bespreken met uw zorgaanbieder, laat de situatie dit niet toe of komt u er samen niet uit? Dan kunt u gebruikmaken van een gratis klachtenfunctionaris. Deze ondersteunt u bij het formuleren van uw klacht of onvrede en bij het onderzoeken van oplossingen.

Samen met u wordt gekeken naar de mogelijkheden om gehoor te vinden voor uw klacht. Uw klacht wordt binnen zes weken afgehandeld.

De klachtenfunctionaris is gratis en onafhankelijk.



www.SCAG.nl

Newtonlaan 51
Utrecht
085-9022863
info@scag.nl

De zorgaanbieders geregistreerd bij de Stichting Complementaire en Alternatieve Gezondheidszorg (SCAG) doen er alles aan om u op een goede en respectvolle manier hulp te bieden. Toch kan het voorkomen dat u ergens niet tevreden over bent. Het is mooi als u die onvrede met uw zorgaanbieder bespreekt. Maar soms lukt dat niet of helpt dit niet. Heeft u hierbij hulp nodig of is uw onvrede aanleiding om een klacht in te dienen, dan ondersteunen wij u hierbij. In deze folder vindt u informatie over hoe dit in zijn werk gaat.

Inzet klachtenfunctionaris

Heeft u onvrede of een klacht? Neem dan contact op met de beroepsvereniging waarbij uw zorgaanbieder is aangesloten. Zij laten de klachtenfunctionaris vervolgens contact met u opnemen. Een zorgaanbieder die geregistreerd is bij de SCAG, is vrijwel altijd lid van een beroepsvereniging.

U kunt bij klachten terecht bij de beroepsvereniging van uw zorgaanbieder.

Dit bedrag krijgt u terug als u in het gelijk wordt gesteld. De geschillencommissie doet binnen 6 maanden uitspraak over uw klacht. Op geschillencommissie.nl vindt u meer informatie over hoe u een geschil kunt indienen. De klachtenfunctionaris kan u hierbij helpen.

Wat de aard of ernst van uw klacht ook is: maak uw onvrede kenbaar.

Geschillencommissie: bindende uitspraak

Als de inzet van de klachtenfunctionaris of de wijze waarop uw onvrede of klacht is afgehandeld voor u onbevredigend is, kunt u zich wenden tot de Geschillencommissie Complementaire en Alternatieve Geneeswijzen. Deze geschillencommissie is onafhankelijk van alle partijen en gespecialiseerd in de complementaire zorg. Een uitspraak van de geschillencommissie over uw klacht (geschil) is bindend, zowel voor u als de zorgaanbieder. Soms kan de commissie besluiten een schadevergoeding toe te kennen. Een geschil indienen bij de geschillencommissie kost € 52,50.

Waarover kunt u een klacht indienen?

U kunt een klacht indienen over zaken omtrent de behandeling die u van uw zorgaanbieder krijgt of kreeg. Bijvoorbeeld de kwaliteit van de behandeling of de manier waarop u bent bejegend. Maar ook over een onjuiste beoordeling van de zorgaanbieder, schade ontstaan door de behandeling of over beschadigde/vermiste eigendommen.

S.C.A.G.
Stichting Complementaire en Alternatieve Gezondheidszorg

U heeft een klacht. Wat nu?



Protocol melden calamiteiten en/of geweld

Versie 1.0
December 2019

MELDEN CALAMITEITEN EN/OF GEWELD

Praktijk All For Glory is volgens de Jeugdwet verplicht calamiteiten en geweld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd te melden.

Volgens deze wet is een calamiteit “een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van de jeugdhulp en die tot een ernstig schadelijk gevolg voor of de dood van een jeugdige of ouder heeft geleid” (artikel 1.1 in de Jeugdwet).

Met geweld wordt bedoeld: “geweld bij de verlening van jeugdhulp: lichamelijk, geestelijk of seksueel geweld jegens een jeugdige of een ouder, of bedreiging daarmee, door iemand die werkzaam is voor de jeugdhulpaanbieder, of door iemand die werkzaam is voor een rechtspersoon die in opdracht van de aanbieder jeugdhulp verleent”.

De Jeugdwet geeft aan dat Praktijk All For Glory verplicht is om binnen 3 werkdagen een calamiteit/geweld te melden. In geval van twijfel of hetgeen gebeurd is wel gaat om een calamiteit, mag eerst zelfonderzoek gedaan worden. All For Glory kiest ervoor om elke gebeurtenis direct te melden bij de Inspectie, en in ieder geval hen om advies te vragen.

All For Glory maakt in geval van calamiteiten/geweld gebruik van de “leidraad meldingen jeugd” zoals gepubliceerd op de website van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (<https://www.igj.nl/documenten/richtlijnen/2015/10/1/leidraad-meldingen-jeugd>), zodat wordt voldaan aan de wettelijke verplichting van melden aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. De gedane melding wordt door de Commissie Meldingen Jeugd behandeld. Deze commissie is een samenwerkingsverband tussen Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en de Inspectie Justitie en Veiligheid. De commissie onderzoekt en beoordeelt de meldingen en besluit of er reden is voor uitgebreider onderzoek.

Tevens wordt in geval van calamiteiten/geweld binnen twee werkdagen een melding gedaan bij de aangewezen toezichthoudend ambtenaar in de gemeente waar gebeurtenis heeft plaats gevonden. Voor deze meldingen zal gehandeld worden volgens het calamiteitentoezicht protocol van de desbetreffende gemeente. Zie ook bijgaand protocol Calamiteitentoezicht Regio Centraal Gelderland, artikel 4 lid 6: aanbieders Jeugd dienen “andere gebeurtenissen” te melden bij de gemeente waar de gebeurtenis heeft plaatsgevonden.

Praktijk All For Glory doet melding van:

1. Iedere calamiteit die bij de verstrekking van een voorziening heeft plaatsgevonden. Dat zijn gebeurtenissen zoals:
 - Een niet-natuurlijke dood, waaronder suïcide;
 - Ernstig en/of blijvend lichamelijk letsel van een hulpverlener of cliënt als gevolg van het handelen van een hulpverlener of cliënt;
 - Ernstig grensoverschrijdend gedrag door cliënten, hulpverlener, of door hulpverlener en cliënt.
2. Geweld bij de verstrekking van een voorziening
3. Maar ook andere gebeurtenissen met:
 - (Potentieel) schadelijke impact op het stelsel van zorg en hulpverlening en/of;
 - (Potentiële) verstoring van de openbare orde en veiligheid en maatschappelijke onrust waarbij reguliere processen niet volstaan om de negatieve impact te beheersen.

In de bijlage is het protocol calamiteitentoezicht Regio Centraal Gelderland zoals deze is toegevoegd aan de aanbestedingsprocedure 2020 opgenomen waaraan All For Glory zich committeert.

Bijlage: Protocol calamiteitentoezicht Regio Centraal Gelderland

Paragraaf 1 Algemene bepalingen

Artikel 1 Definities

In dit protocol wordt verstaan onder:

- a) Cliënt: persoon die gebruik maakt van een algemene voorziening of aan wie een maatwerkvoorziening is verstrekt of door of namens wie een melding is gedaan als bedoeld in artikel 2.3.2 eerste lid van de Wmo 2015;
- b) Melding: een bericht van de aanbieder aan de toezichthouder, over een calamiteit, geweld bij de verstrekking van een voorziening of andere gebeurtenis;
- c) Toezichthouder: de toezichthoudende ambtenaar die belast is met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens de Wmo 2015 en in dit specifieke protocol belast is met het toezicht op de meldingen van calamiteiten, geweld bij de verstrekking van een voorziening en andere gebeurtenissen.

Artikel 2 Melding

Een aanbieder doet, op grond van artikel 3.4 Wmo 2015, bij de toezichthouder, onverwijld melding van:

- a) Iedere calamiteit die bij de verstrekking van een voorziening heeft plaatsgevonden zoals genoemd in artikel 2 lid 1;
- b) Geweld bij de verstrekking van een voorziening zoals genoemd in artikel 2 lid 2;
- c) Aanvullend op de Wmo 2015, doet de aanbieder ook onverwijld melding bij de toezichthouder van; andere gebeurtenissen, zoals genoemd in artikel 2 lid 3. Zie artikel 4 lid 6 voor beschrijving melding door aanbieder Jeugd.

De meldingsverplichting strekt ertoe te zorgen dat de toezichthouder op de hoogte is van ernstige incidenten en situaties die door hem mogelijk moeten worden onderzocht of ingrijpen vereisen.

De aanbieder en de beroepskrachten die voor hem werkzaam zijn, verstrekken bij en naar aanleiding van een melding (van een calamiteit, geweld of andere gebeurtenis) aan de toezichthoudende ambtenaar de gegevens, daaronder begrepen persoonsgegevens, gegevens betreffende de gezondheid en andere bijzondere persoonsgegevens als bedoeld in Algemene verordening persoonsgegevens (AVG), voor zover deze voor het onderzoeken van de melding noodzakelijk zijn.

Zie ook artikel 3.4 lid 2 en 3 van de Wmo 2015: De aanbieder en de beroepskrachten die voor hem werkzaam zijn, verstrekken bij en naar aanleiding van een melding als bedoeld in het eerste lid aan de toezichthoudende ambtenaar de gegevens, daaronder begrepen persoonsgegevens, gegevens over gezondheid en andere bijzondere categorieën van persoonsgegevens en persoonsgegevens van strafrechtelijke aard, voor zover deze voor het onderzoeken van de melding noodzakelijk zijn.

Artikel 3.4 lid 3 (Wmo 2015): Persoonsgegevens als bedoeld in het tweede lid, ten aanzien waarvan de aanbieder of de beroepskracht op grond van een wettelijk voorschrift of op grond van zijn ambt of beroep tot geheimhouding is verplicht, worden uitsluitend zonder toestemming van betrokkene verstrekt, indien deze niet meer in staat is de toestemming te geven dan wel dit noodzakelijk kan worden geacht ter bescherming van cliënten.

Artikel 2 lid 1 Calamiteiten

Onder “iedere calamiteit die bij de verstrekking van een voorziening heeft plaatsgevonden”, zoals genoemd in artikel 2 van dit protocol, wordt onder andere verstaan: “niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van een voorziening en die tot een ernstig schadelijk gevolg voor of de dood van een cliënt heeft geleid”.

Een verdere specificatie:

- Elk onverwacht en onbedoeld overlijden van een cliënt;
- Elke suïcidepoging van een cliënt, die mogelijk samenhangt met tekortkomingen in de zorg bijvoorbeeld omdat er sprake was van onvoldoende toezicht, slechte communicatie of fouten bij de overdracht;
- Een gebeurtenis die heeft geleid of kan leiden tot ernstig en/of blijvend lichamelijk letsel bij een cliënt;
- Een gebeurtenis die heeft geleid of kan leiden tot ernstig geestelijk lijden van een cliënt;

- Ernstig grensoverschrijdend gedrag: fysiek, psychisch en/of seksueel door hulpverleners of andere cliënten.

Artikel 2 lid 2 Geweld bij de verstrekking van een voorziening

Onder “geweld bij de verstrekking van een voorziening” zoals genoemd in artikel 2 van dit protocol wordt verstaan:

“Het seksueel binnendringen van het lichaam van of ontucht met een cliënt, alsmede lichamelijk en geestelijk geweld jegens een cliënt, door een beroepskracht dan wel door een andere cliënt met wie de cliënt gedurende het etmaal of een dagdeel in een accommodatie van de aanbieder verblijft.”

Artikel 2 lid 3 Andere gebeurtenissen

Onder “andere gebeurtenissen”, zoals genoemd in artikel 2 van dit protocol wordt onder andere verstaan: Gebeurtenissen met:

- (potentieel) schadelijke impact op het stelsel van zorg en hulpverlening;
- (potentiele) verstoring van de openbare orde en veiligheid en maatschappelijke onrust, waarbij reguliere processen niet volstaan om de negatieve impact te beheersen.

Paragraaf 2 Procedure meldingen

Artikel 3 Termijnen

1. De melding dient zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen twee werkdagen na constatering van de calamiteit/ het geweldsincident/ de andere gebeurtenis te geschieden.
2. Als de toezichthouder niet via een aanbieder een melding ontvangt maar langs andere weg van een calamiteit/geweldsincident/andere gebeurtenis verneemt, dan verzoekt de toezichthouder de aanbieder zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen drie werkdagen, (alsnog) een formele melding te doen.
3. Als een aanbieder niet meldt, ook niet na een verzoek hiertoe, kan de toezichthouder, i.o.m. de gemeente, zelf een onderzoek starten.

Artikel 4 Melding calamiteit/ geweld bij de verstrekking van een voorziening/ andere gebeurtenissen

1. Een melding van een calamiteit door een aanbieder bevat:
 - a. de naam van de aanbieder en de naam en de functie van de contactpersoon;
 - b. de dagtekening van de melding;
 - c. de naam en de contactgegevens van de betrokken beroepskracht;
 - d. de naam, de contactgegevens en de geboortedatum van de betrokken cliënt tenzij deze daarmee niet instemt of (nog) niet bevraagd kan worden; in dit laatste geval dienen de gegevens van diens wettelijke vertegenwoordiger te worden vermeld;
 - e. een feitelijke omschrijving van de calamiteit en de datum waarop deze heeft plaatsgehad;
 - f. de naam, de contactgegevens en de functie van de personen, anders dan de betrokken cliënt, die bij de calamiteit waren betrokken;
 - g. een beknopte omschrijving van de acties die door of namens de aanbieder zijn en worden zullen ondernomen, en de termijn waarbinnen een en ander zal plaatsvinden:
 - om de calamiteit te onderzoeken (6 weken, zie artikel 6.2);
 - ter beperking of tot bevordering van herstel van de gevolgen van de calamiteit;
 - om de cliënt, diens wettelijke vertegenwoordiger of diens nabestaanden in te lichten over de calamiteit (termijn: zo spoedig mogelijk) en de maatregelen die de aanbieder naar aanleiding van de calamiteit neemt of zal nemen.
2. In de melding van een calamiteit wordt vermeld of de calamiteit met een redelijk vermoeden van het plegen van een strafbaar feit ter kennis is of zal worden gebracht van het openbaar ministerie.
3. De aanbieder verstrekt na de melding desgevraagd aan de toezichthouder alle gegevens die deze nodig heeft voor het onderzoeken van de melding.
4. De aanbieder kan de melding telefonisch, per e-mail of via de website (via het daarvoor bestemde meldingsformulier) van de toezichthouder doen. Indien de melding telefonisch wordt gedaan, zorgt de aanbieder binnen 1 werkdag na de telefonische melding, voor het aanleveren bij de toezichthouder, van een ingevuld meldingsformulier of een melding per email, waarin de informatie, zoals opgenomen in art. 4 lid 1 is vermeld.
5. Meldingen van “geweld bij de verstrekking van een voorziening” zoals genoemd in artikel 2 lid 2 en “andere gebeurtenissen”, zoals genoemd in artikel 2 lid 3 van dit protocol, dienen op bovenstaande manier te

gebeuren: overal waar “calamiteit” wordt genoemd in artikel 4, kan respectievelijk “geweld bij de verstrekking van een voorziening” of “andere gebeurtenissen” gelezen worden.

6. De aanbieder Wmo meldt onverwijld de calamiteit bij zijn eigen bestuur en/of directie én tevens meldt de aanbieder bij de betreffende toezichthouder.

De aanbieder Jeugd meldt een “andere gebeurtenis” bij zijn eigen bestuur en/of directie én tevens meldt de aanbieder bij de betreffende gemeente waar de gebeurtenis heeft plaatsgevonden.

Artikel 5 Procedure melding

1. De toezichthouder bevestigt de ontvangst van een melding zo spoedig mogelijk schriftelijk of elektronisch aan de aanbieder en stelt de behandelend ambtenaar van de betreffende gemeente en Regio Centraal Gelderland hiervan op de hoogte. De behandelend ambtenaar zorgt voor melding richting de betrokken college(s). Indien de ambtenaar niet bereikbaar is, volstaat een email aan de betreffende ambtenaar en is het de toezichthouder toegestaan om verder te gaan met de werkzaamheden inzake de melding.
2. Indien niet voldaan is aan artikel 4, stelt de toezichthouder de aanbieder in de gelegenheid binnen een daarbij te stellen termijn de melding aan te vullen.
3. De toezichthouder doet binnen twee weken na de ontvangstbevestiging onderscheidenlijk de termijn, bedoeld in het tweede lid, schriftelijk of elektronisch aan de aanbieder een mededeling van de termijn waarbinnen een en ander zal plaatsvinden. In deze bevestiging laat de toezichthouder weten of de aanbieder zelfonderzoek dient te doen of dat de toezichthouder dit zal doen.
4. Bij een calamiteit/geweld/andere gebeurtenis start de toezichthouder uiterlijk op de volgende werkdag met de werkzaamheden, welke betrekking hebben op de gemelde calamiteit/geweld/andere gebeurtenis. Dat wil zeggen dat de toezichthouder uiterlijk de volgende werkdag contact opneemt met de betreffende gemeente.
5. Op basis van de Wmo 2015 en de Algemene wet bestuursrecht heeft de toezichthouder de bevoegdheid om de benodigde informatie voor het onderzoeken van de melding te verzamelen. De aanbieder is verplicht om die informatie te verstrekken. De bepalingen in de AVG garanderen de geheimhouding.

Artikel 6 Vaststelling wie het onderzoek uitvoert

1. De toezichthouder beoordeelt, op grond van de melding of extra te verzamelen informatie, of er sprake is van een acute bedreiging van de veiligheid van cliënten of medewerkers waardoor direct maatregelen genomen moeten worden. Dat kan, i.o.m. de gemeente, aanleiding zijn om af te wijken van de stappen van dit protocol.
2. De toezichthouder stelt in de bevestiging, bedoeld in artikel 5, eerste lid, de aanbieder in de gelegenheid binnen een termijn van zes weken met inachtneming van door de in de bijlage gestelde eisen, eerst zelfonderzoek te doen naar de relevante feiten, tenzij de aard van de melding of andere informatie over de aanbieder de toezichthouder aanleiding geeft dit niet te doen. De toezichthouder kan op verzoek van de aanbieder de termijn verlengen.
3. Indien de toezichthouder vaststelt dat de aanbieder niet zelf het gevraagde onderzoek doet of kan doen, óf indien de toezichthouder vaststelt dat het onderzoek welke de aanbieder verricht, niet voldoet aan de gestelde eisen, verricht de toezichthouder zelf het nodige onderzoek.

Andere redenen voor de toezichthouder om direct zelfonderzoek te verrichten zijn:

- bij een zeer ernstige situatie met een bijzonder hoog risico;
- als er meerdere meldingen over de gebeurtenis binnen komen;
- als uit het ingevuld meldingsformulier blijkt dat er onvoldoende lerend vermogen in de organisatie aanwezig is;
- als hij verwacht met eigen onderzoek de kwaliteit in de sector in één keer op een hoger plan te kunnen brengen;
- bij grote publicitaire aandacht en/of maatschappelijke onrust;
- als er aanwijzingen zijn dat de veiligheid van de (overige) cliënten niet is gewaarborgd en/of in het belang van de Wmo-voorziening onmiddellijk maatregelen moeten volgen.
- wanneer de aanbieder de betrokken cliënt of zijn vertegenwoordiger(s) of diens nabestaanden(n) onvoldoende informeert over de calamiteit/het geweld/andere gebeurtenis, onvoldoende betreft bij het onderzoek en onvoldoende informeert over de resultaten daarvan.

4. Indien de toezichthouder zelf het onderzoek doet:

- a. deelt de toezichthouder schriftelijk of elektronisch aan de aanbieder mede binnen welke termijn het onderzoek start;

- b. hoort de toezichthouder de aanbieder zo mogelijk, andere personen die direct zijn betrokken bij de feiten waarop de melding betrekking heeft, tenzij dit naar zijn oordeel niet relevant is voor het onderzoek;
 - c. wint de toezichthouder het advies in van een of meer deskundigen, indien dat naar zijn oordeel van belang is voor het onderzoek;
 - d. verzamelt en bestudeert de toezichthouder het beleid van de aanbieder, de benodigde dossiers, het werkproces, en andere informatie/documenten die de toezichthouder redelijkerwijs nodig heeft om zijn taken uit te kunnen voeren;
 - e. vindt een onderzoek op locatie plaats indien de toezichthouder dat noodzakelijk acht;
 - f. verzamelt hij informatie om antwoord te kunnen geven op minimaal de volgende vragen:
 - wat is er gebeurd?
 - hoe heeft dit kunnen gebeuren?
 - wat zijn de gevolgen voor de veiligheid van cliënten en medewerkers?
 - hoe kan dit in de toekomst voorkomen worden?
5. De toezichthouder baseert zich bij het onderzoek op de beschikbare informatie, de algemene wettelijke kwaliteitseisen (uitgewerkt in een toetsingskader) en de eisen zoals vastgelegd in het contract en voert het onderzoek uit conform de privacyregelgeving.

Artikel 7 Eisen aan de rapportage

De rapportage, in het geval de aanbieder zelfonderzoek doet, dient te voldoen aan de “Richtlijn rapportage over een calamiteit/geweld bij de verstrekking van een voorziening of andere gebeurtenis.”, zoals opgenomen in de bijlage behorende bij dit protocol.

Artikel 8 Beëindigen onderzoek

1. Indien de toezichthouder op grond van het onderzoek door de aanbieder vaststelt dat de aangelegenheid waarop de melding betrekking heeft, door de aanbieder naar zijn oordeel zorgvuldig is onderzocht en voldoende maatregelen zijn genomen en/of is geborgd dat maatregelen daadwerkelijk genomen zullen worden, beëindigt de toezichthouder het onderzoek naar aanleiding van de melding. Het onderzoek kan ook beëindigd worden, terwijl wordt geconcludeerd dat niet voldoende zorgvuldig is onderzocht door de aanbieder en/of niet voldoende maatregelen zijn getroffen door de aanbieder.

Artikel 9 Conceptrapport

1. Na beëindiging van het onderzoek legt de toezichthouder de relevante feiten vast in een conceptrapport. Indien de zorgaanbieder het onderzoek zelf heeft uitgevoerd, concludeert de toezichthouder of het onderzoek juist is uitgevoerd. Indien de toezichthouder het onderzoek heeft uitgevoerd en/of de zorgaanbieder het onderzoek heeft uitgevoerd, beschrijft de toezichthouder of verbetermaatregelen zijn getroffen. Tevens adviseert de toezichthouder de betreffende gemeente ten aanzien van de vervolgacties.
2. Een conceptrapport wordt zo spoedig mogelijk ter kennis gebracht van de aanbieder.
3. Degenen aan wie het conceptrapport ter kennis is gebracht, krijgen de gelegenheid binnen twee weken schriftelijk of elektronisch te reageren op de inhoud hiervan.

Artikel 10 Definitief rapport en publicatie

1. Zo spoedig mogelijk na ontvangst van de reacties, bedoeld in artikel 9, derde lid, doch in ieder geval binnen twee weken na de in dat lid genoemde termijn, stelt de toezichthouder een rapport vast omtrent het onderzoek van de melding. Het rapport bevat de relevante feiten, de conclusies van de toezichthouder en advies over de te nemen maatregelen. Dit betreft een geanonimiseerd rapport welke niet, of zo min mogelijk, herleidbaar is.
2. Bij de vaststelling van het rapport betreft de toezichthouder de reacties, bedoeld in artikel 9, derde lid. Dat betekent dat de zienswijze, zoals benoemd in artikel 9 lid 3, integraal wordt overgenomen in het rapport.
3. De toezichthouder stuurt het rapport zo spoedig mogelijk aan de aanbieder, de betreffende gemeente en Regio Centraal Gelderland. De gemeente zorgt voor doorzending van het rapport naar de betreffende handhaver.
4. De toezichthouder stuurt tevens het rapport naar de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger. Tevens bepaalt de toezichthouder of de wijkteams en eventuele andere betrokkenen, ook een afschrift van het rapport ontvangen.
5. Het onderzoeksrapport wordt in principe niet openbaar gemaakt, tenzij het Collega anders beslist. Zie hiervoor het geldende (handhavings-)beleid van de gemeente.

Artikel 11 Samenwerking rijksinspectie

1. Wanneer de rijksinspectie de wettelijk aangewezen instantie is voor calamiteitenmelding en deze nog niet op de hoogte is van de melding, verzoekt de toezichthouder de melder zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 3 werkdagen, een melding te doen bij de rijksinspectie. Als de ernst van de casus dit vereist brengt de toezichthouder de rijksinspectie ook op de hoogte.
2. Als er onduidelijkheid is over de betrokkenheid van een rijksinspectie, neemt de toezichthouder contact op met de inspectie voor afstemming over de casus.
3. De toezichthouder verricht geen onderzoek op dezelfde aspecten van een calamiteit als er een rijksinspectie is die dit onderzoek verricht.
4. De toezichthouder onderhoudt contacten met de rijksinspectie gedurende het onderzoek waar nodig en na afloop van het onderzoek.

Artikel 12 Strafbare feiten en maatschappelijke onrust

1. Als de toezichthouder in enige fase van het onderzoek een redelijk vermoeden heeft dat er sprake is van een strafbaar feit, brengt hij dit, in overleg met de contactambtenaar van de gemeente, meteen ter kennis van politie/justitie.
2. Bij een strafrechtelijk onderzoek maakt de toezichthouder met politie/justitie afspraken om het onderzoek niet in de weg te staan of te beperken en over de invulling en uitvoering van het eigen onderzoek.
3. Wanneer er maatschappelijke onrust is of kan ontstaan, kan de toezichthouder zorgdragen voor het opstarten van crisisinzet door de GGD/VGGM.

Paragraaf 3 Overige bepalingen

Artikel 13 Onverwijld maatregelen

Indien de toezichthouder van oordeel is dat het onverwijld nemen van maatregelen noodzakelijk is met het oog op de veiligheid van cliënten of de maatschappelijke ondersteuning, is de toezichthouder bevoegd af te wijken van dit protocol.

Artikel 14 Jaarverslag

De toezichthouder verwerkt de gegevens uit de meldingen anoniem en jaarlijks in een jaarverslag (waarin minimaal wordt opgenomen: aantallen meldingen, soort aanbieder, soort problematiek en aanbevelingen). Hij rapporteert jaarlijks over deze meldingen aan alle colleges van burgemeester en wethouders en doet zo mogelijk hierbij aanbevelingen.

De jaarlijkse rapportages van de toezichthouder worden door de colleges vastgesteld en ter kennis gebracht van de betrokken gemeenteraden.

Artikel 15 Betrokkenheid toezichthouder

Als een medewerker van de GGD/VGGM betrokken is bij de calamiteit/geweld/andere gebeurtenis (beroepshalve of private relatie met de aanbieder en/of cliënt), besteedt de GGD het onderzoek uit aan een andere toezichthouder die niet betrokken is of wordt het onderzoek uitbesteed aan een andere toezichthoudende partij. Die partij voert het onderzoek uit volgens dit protocol.

Artikel 16 Niet voorziene situaties

In situaties waarin dit protocol niet voorziet, handelt de toezichthouder, i.o.m. de gemeente, naar bevind van zaken.

Artikel 17

Deze regeling treedt in werking op xxxxxxx

Artikel 18

Deze regeling wordt aangehaald als Protocol Toezicht calamiteiten.

Toelichting algemeen

Met de inwerkingtreding van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (hierna: Wmo 2015) krijgen alle gemeenten er een nieuwe taak bij: het toezicht op calamiteiten en geweld voorgevallen bij de verstrekking van Wmo-voorzieningen.

Op grond van artikel 3.4 van de Wmo 2015 doet de aanbieder bij de toezichthoudende ambtenaar als bedoeld in artikel 6.1 van de wet, onverwijld melding van:

- a. iedere calamiteit die bij de verstrekking van de voorziening heeft plaatsgevonden;
- b. geweld bij de verstrekking van de voorziening.
- c. andere gebeurtenissen, zoals genoemd in artikel 2 lid 3.

De meldingsverplichting strekt ertoe te zorgen dat de gemeenten op de hoogte zijn van ernstige incidenten en geweld bij de verstrekking van voorzieningen die door de toezichthouder mogelijk moeten worden onderzocht of ingrijpen vereisen.

De aanbieder en de beroepskrachten die voor hem werkzaam zijn, verstrekken bij en naar aanleiding van een melding (van een calamiteit/geweld/andere gebeurtenis) aan de toezichthoudende ambtenaar de gegevens, daaronder begrepen persoonsgegevens, gegevens betreffende de gezondheid en andere bijzondere persoonsgegevens als bedoeld in de AVG, voor zover deze voor het onderzoeken van de melding noodzakelijk zijn.

In het protocol is vastgelegd wat de toezichthouder met een melding doet en wanneer deze toezichthouder een onderzoek zal instellen naar hetgeen is gemeld. Ook wordt in dit protocol de wijze van behandelen van meldingen geregeld.

Ook regelt het protocol welke gegevens de toezichthouder nodig heeft ten behoeve van een eventueel onderzoek. Voorts is geëxpliciteerd dat de toezichthouder indien hij een melding onderzoekt, in principe de aanbieder vraagt dit onderzoek allereerst zelf uit te voeren.

Aan dit onderzoek worden eisen gesteld die ook gelden als de toezichthouderonderzoek doet. Deze eisen worden vermeld in de bijlage bij dit protocol.

De toezichthouder zal in alle gevallen de betrokken gemeente(n) mede adviseren over de eventuele noodzaak tot het inzetten van handhavingsmaatregelen.

De bevoegdheden die de toezichthouder in het kader van zijn toezichthoudende taak heeft, zijn neergelegd in de Algemene wet bestuursrecht (Awb) en in de Wmo 2015.

Meldingen

Uitgangspunt is dat de toezichthouder de aanbieder verzoekt om zelfonderzoek te doen naar aanleiding van de meldingen en pas daarna zijn eigen oordeel daarover bepaalt.

Na bestudering van een verplichte melding kan blijken dat de melding geen calamiteit, geweld of andere gebeurtenis betreft. In dat geval is sprake van een andere melding, waarvoor de bepalingen die gelden voor behandeling en onderzoek naar aanleiding van andere meldingen gevolgd moeten worden.

Als een cliënt van een gebeurtenis melding doet die na onderzoek een calamiteit/geweld/andere gebeurtenis blijkt te betreffen, zal de toezichthouder, parallel aan de behandeling van deze niet-verplichte melding overeenkomstig het protocol de aanbieder aanspreken op het niet-nakomen van haar wettelijke meldplicht.

Toelichting artikelsgewijs

Artikel 1 Definities

In dit artikel is een aantal definities opgenomen. In het protocol worden daarnaast definities gehanteerd die ontleend zijn aan de Wmo 2015. Dit zijn de volgende definities:

- a. aanbieder: natuurlijke persoon of rechtspersoon die jegens het college van burgemeester en wethouders gehouden is een algemene voorziening of een maatwerkvoorziening te leveren;
- b. beroepskracht: natuurlijke persoon die in persoon beroepsmatig werkzaam is voor een aanbieder;
- c. calamiteit: niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van een voorziening en die tot ernstig schadelijk gevolg voor of de dood van een cliënt heeft geleid;
- d. geweld bij de verstrekking van een voorziening: seksueel binnendringen van het lichaam van of ontucht met een cliënt, alsmede lichamelijk en geestelijk geweld jegens een cliënt, door een beroepskracht dan wel door een andere cliënt met wie de cliënt gedurende het etmaal of dagdeel in een accommodatie van een aanbieder verblijft;
- f. andere gebeurtenis: Gebeurtenissen met:
 - (potentieel) schadelijke impact op het stelsel van zorg en hulpverlening;
 - (potentiele) verstoring van de openbare orde en veiligheid en maatschappelijke onrust, waarbij reguliere processen niet volstaan om de negatieve impact te beheersen.
- e. voorziening: algemene voorziening of maatwerkvoorziening in de zin van de Wmo 2015.

Betreft definitie "aanbieder": in dit geval kan een wijkteam/sociaal team ook worden gezien als aanbieder op het moment dat zij begeleiding biedt aan een cliënt.

Artikel 2 Melding

Dit artikel komt overeen met artikel 3.4, lid 1 Wmo 2015.

Tevens is een toevoeg gedaan: ook “andere gebeurtenissen” dienen gemeld te worden. Dit is aanvullen op hetgeen de Wmo stelt en geldt zowel voor aanbieders Wmo en aanbieders Jeugd.

Artikel 3 Termijnen

Dit artikel legt vast binnen welke termijn een aanbieder de calamiteit, geweld bij de verstrekking van een voorzieningen en/of een andere gebeurtenis, dient te melden.

Artikel 4 Melding calamiteit/geweld bij de verstrekking van een voorziening/andere gebeurtenissen

Eerste lid

Dit artikel regelt in lid 1 de basisgegevens die een aanbieder moet indienen bij de melding van een calamiteit/geweld/andere gebeurtenis.

Lid 1 onder e geeft aan dat de naam, contactgegevens en de geboortedatum van de betrokken cliënt in de melding moeten staan tenzij deze daarmee niet instemt. Het tweede lid van artikel 3.4 Wmo 2015 legt aan de aanbieder en aan de betrokken beroepskrachten de verplichting op persoonsgegevens en gegevens betreffende de gezondheid en andere bijzondere persoonsgegevens te verstrekken, voor zover dat voor de behandeling van de melding noodzakelijk is. Deze verplichting doorkruist het beroepsgeheim. Met het oog op een zorgvuldige omgang met persoonsgegevens moet per geval door de toezichthouder worden getoetst of die gegevens in dat geval ook noodzakelijk zijn. Op de hulpverlener rust een beroepsgeheim voor alles wat de cliënt hem in vertrouwen heeft medegedeeld. Dit beroepsgeheim zou zich kunnen verzetten tegen het geven van informatie aan de aanbieder (lees: de door deze daarvoor aangewezen functionaris) over calamiteiten/geweld/andere gebeurtenissen die zich in de hulpverlening hebben voorgedaan of over het geweld. De hulpverlener mag dergelijke informatie in beginsel niet zonder toestemming van de cliënt aan anderen doorgeven.

Het ligt dan ook in de rede dat de hulpverlener die intern melding zou willen maken van een calamiteit of een geval van geweld of van andere gebeurtenissen, in eerste instantie tracht daarvoor de instemming van de cliënt te verwerven. Er zijn echter situaties denkbaar waarin de cliënt niet of niet meer in staat is die instemming te geven of waarin het ‘hogere’ belang van bescherming van de afhankelijke cliënt toch actie van de hulpverlener verlangt. Met het oog daarop is in de Wmo 2015 expliciet bepaald dat de hulpverlener zo nodig zonder toestemming gegevens kan verstrekken die noodzakelijk zijn voor het onderzoek.

Vierde lid

Als een aanbieder zich telefonisch tot de toezichthouder wendt, zal de toezichthouder de aanbieder in principe vragen de melding elektronisch of schriftelijk in te dienen. Is dit voor de aanbieder niet mogelijk, dan zal de toezichthouder de telefonisch gedane melding, indien mogelijk, schriftelijk of elektronisch bevestigen, conform de inhoud zoals gesteld in dit artikel.

Melden bij de toezichthouder kan op verschillende manieren:

- Via het meldingsformulier op de website van VGGM
- Per e-mail via centraalmeldpunt@vggm.nl
- Tijdens kantooruren telefonisch via telefoonnummer 088 – 3 55 5200

Zesde lid

Voor aanbieders Jeugd geldt dat de IGJ de toezichthoudende partij is. Dat betekent dat calamiteiten en geweld bij de verstrekking van een voorziening, door aanbieders Jeugd, bij de IGJ gemeld dienen te worden.

Echter, er is 1 uitzondering: in Regio Centraal Gelderland is afgesproken dat ook “andere gebeurtenissen”, zie artikel 2 lid 3, gemeld dienen te worden. Deze “andere gebeurtenissen” dien gemeld te worden bij de gemeente waar de gebeurtenis heeft plaatsgevonden.

Vervolgens neemt de gemeente een besluit over de te ondernemen vervolgstappen (zo nodig conform dit protocol).

Daar de IGJ de toezichthoudende partij is, zal de toezichthouder Wmo geen onderzoek bij een zorgaanbieder Jeugd uitvoeren.

Wel kan de toezichthouder Wmo ingeschakeld worden om onderzoek uit te voeren in het geval het een zorgaanbieder betreft die ook hulp/ondersteuning biedt vanuit de Wmo. Tevens kan de gemeente kan onder andere besluiten om een melding te doen bij de IGJ.

Artikel 5 Procedure melding

Eerste lid

Om voor de aanbieder duidelijk te maken dat hij aan zijn meldingsplicht heeft voldaan, schrijft het eerste lid voor dat de toezichthouder een ontvangstbevestiging moet sturen. Daarnaast moet(en) de betrokken gemeente(n) worden geïnformeerd.

Er kunnen bij een calamiteit, geweld bij de verstrekking van een voorziening en andere gebeurtenissen meerdere gemeenten betrokken zijn:

1. de gemeente waar de calamiteit, het geweld of andere gebeurtenissen hebben plaatsgevonden;
2. de gemeente die een inkoopcontract heeft gesloten met instelling;
3. de gemeente waar de cliënt verblijft en
4. de gemeente waar cliënt ingeschreven staat.

De toezichthouder heeft de verantwoordelijkheid om alle gemeenten en Regio Centraal Gelderland die betrokken zijn te informeren en te zorgen voor onderlinge afstemming wanneer dit noodzakelijk is.

Tweede lid

In het tweede lid is geregeld dat een aanbieder als deze niet op de voorgeschreven wijze melding doet, alsnog in de gelegenheid gesteld wordt de vereiste gegevens aan te vullen.

Indien de aanbieder op dit verzoek niet de vereiste gegevens verstrekt, kan de toezichthouder deze gegevens op grond van de bevoegdheden in hoofdstuk 5.2 van de Algemene wet bestuursrecht vorderen, indien zij deze gegevens nodig heeft voor haar toezichthoudende taak.

Derde lid

Het derde lid bepaalt dat binnen twee weken na de ontvangstbevestiging moet worden aangegeven wat de vervolgstappen zullen zijn, inclusief de termijnen waarbinnen deze zullen plaatsvinden. Onder vervolgstappen is ook begrepen dat de toezichthouder calamiteiten, geweld en andere gebeurtenissen in het merendeel van de gevallen aan de aanbieder vraagt zelfonderzoek te doen, overeenkomstig artikel 6, tweede lid.

Artikel 6 Vaststelling wie het onderzoek uitvoert

In dit artikel is geregeld hoe het onderzoek van calamiteitenmeldingen, meldingen van geweld bij de vertrekking van een voorziening en andere gebeurtenissen plaatsvindt. Het is van belang dat de toezichthouder allereerst de nodige kennis vergaart over de feiten en belangen die aan de orde zijn. Zonder deze kennis kan hij geen zorgvuldig oordeel vormen over de vraag of er sprake is van een situatie die voor de veiligheid van cliënten of de maatschappelijke ondersteuning of anderszins voor het leveren van verantwoorde maatschappelijke ondersteuning een bedreiging kan betekenen en deswege aanleiding kan geven tot het nemen van maatregelen.

Tweede lid

Het tweede lid legt vast dat het proces van verwerven van de benodigde kennis in beginsel start met het bieden van de gelegenheid aan de aanbieder om zelfonderzoek te doen naar de gebeurtenissen (als dat niet reeds is gebeurd). De aanbieder is immers verantwoordelijk voor de kwaliteit van de ondersteuning. Als de aanbieder ook na het verzoek van de toezichthouder niet adequaat handelt, zal, zoals in artikel 6, vierde lid, bepaald, de toezichthouder tot eigen onderzoek overgaan.

Ten aanzien van het onderzoek door de aanbieder is bepaald dat de toezichthouder dan een termijn vaststelt, waarbinnen dat onderzoek moet plaatsvinden. De termijn bedraagt zes weken en kan eventueel verlengd worden. Voor de verlenging is geen vaste termijn opgenomen omdat dit van de wijze van onderzoek af kan hangen (bijvoorbeeld door de complexiteit van het onderzoek).

Voor de eisen die gelden voor dit onderzoek en de rapportage, wordt verwezen naar de bijlage in dit protocol met de titel "Richtlijn rapportage over een calamiteit, geweld bij de verstrekking van een voorziening of andere gebeurtenissen".

Niet in alle gevallen zal eerst onderzoek door de aanbieder gevraagd worden. Een melding kan dermate ernstig van aard zijn dat de toezichthouder besluit zelfonderzoek te doen naar de gebeurtenis. Dit zal bijvoorbeeld het geval zijn indien een calamiteit zich heeft afgespeeld in een situatie waarin een cliënt in een individueel gesloten setting is opgenomen – _zoals bijvoorbeeld in een separeerruimte – _en is komen te overlijden, of in een situatie waarin een aanbieder onder verscherpt toezicht is gesteld.

Derde lid

Indien blijkt dat de aanbieder geen onderzoek doet of niet kan doen, dan wel dat het onderzoek door de aanbieder niet voldoet aan in de bijlage gestelde eisen, dan kan de toezichthouder eveneens besluiten zelfonderzoek te doen naar de gebeurtenis.

Vierde en vijfde lid

Lid 4 en 5 formuleren eisen waaraan het onderzoek door de toezichthouder (als hij besloten heeft zelfonderzoek te doen) moet voldoen.

Het vierde lid, onder a, bevat de verplichting van de toezichthouder om de aanbieder op de hoogte te stellen van het besluit om zelfonderzoek te doen waarbij de toezichthouder de termijn noemt waarbinnen hij het onderzoek zal verrichten.

Het vierde lid schrijft voor dat de toezichthouder de aanbieder en zo mogelijk en zo nodig andere direct betrokkenen hoort of bij hen advies inwint. De term 'direct betrokkenen' zie op personen die actief bij de gebeurtenissen betrokken waren, onder wie de cliënt c.q. zijn nabestaanden, maar ook zorgverleners die bij de calamiteit dan wel het geweld of andere gebeurtenis betrokken zijn. De bewoording "zo mogelijk" wordt gebezigd omdat niet iedere cliënt of nabestaande betrokken wil worden bij het onderzoek. Ook kan het door de toezichthouder niet nodig bevonden worden deze bij haar onderzoek te betrekken. Dit kan bijvoorbeeld zo zijn als uit het onderzoek van de aanbieder blijkt dat de cliënt of nabestaanden in hun onderzoek afdoende betrokken zijn geweest. Horen kan ook telefonisch of schriftelijk geschieden.

De toezichthouder kan één of meer deskundigen raadplegen als dat naar zijn oordeel van belang is voor het onderzoek. Raadplegen van deskundigen houdt in dat hij door de toezichthouders om een deskundigenoordeel gevraagd worden.

Artikel 7 Eisen aan de rapportage

Dit artikel legt vast aan welke eisen de rapportage dient te voldoen, indien de aanbieder zelf onderzoek uitvoert.

Artikel 8 Beëindigen onderzoek

Dit artikel legt vast wanneer het onderzoek door de toezichthouder wordt beëindigd.

Artikel 9 Conceptrapport

Dit artikel vermeldt dat op grond van het onderzoek een conceptrapport wordt opgesteld, aan wie het conceptrapport ter kennis moet worden gebracht en binnen welke termijn zij kunnen reageren op de in het conceptrapport neergelegde feiten. De reactie kan slechts feitelijke onjuistheden betreffen.

Artikel 10 Definitief rapport en publicatie

Eerste lid

Binnen twee weken na de voorlegging van het conceptrapport aan betrokkenen moet de toezichthouder zijn rapport vaststellen. Dat rapport bevat een zakelijke weergave van de melding, van het daaropvolgende onderzoek, van de bevindingen, de conclusies die de toezichthouder aan het onderzoek verbindt en de maatregelen die hij eventueel nodig acht. De toezichthouder moet zijn rapport uiterlijk twee weken na ontvangst van de reacties van betrokkenen c.q. het verstrijken van de reactietermijn vaststellen. Het rapport kan ook als conclusie hebben dat er bij de aanbieder op meerdere fronten structurele tekortkomingen in de kwaliteit van de ondersteuning zijn. De toezichthouder kan dan in opdracht van de betrokken gemeente(n) de kwaliteit van maatschappelijke ondersteuning in bredere zin gaan onderzoeken.

Tweede lid

Dit lid bepaalt hoe de toezichthouder zal omgaan met de in het eerste lid bedoelde reacties. Het is ter beoordeling van de toezichthouder of het conceptrapport naar aanleiding van eventuele reacties wordt aangepast. Indien besloten wordt bepaalde reacties niet over te nemen, zullen deze, indien het om essentiële aspecten gaat, gemotiveerd terzijde worden gelegd.

De toezichthouder licht in het rapport gemotiveerd toe, indien bepaalde reacties niet worden overgenomen.

Derde lid

De toezichthouder zendt het rapport aan de aanbieder. Daarnaast stuurt de toezichthouder het rapport naar de betreffende gemeente(n) en Regio Centraal Gelderland.

Het is uiteindelijk aan de aanbieder als verantwoordelijke voor de kwaliteit van de ondersteuning om eventuele maatregelen te nemen, onverlet de bevoegdheid van de colleges om op advies van de toezichthouder in voorkomend geval handhavend op te treden.

Vijfde lid

Dit lid legt vast dat in bepaalde gevallen, het Collega kan besluiten om af te wijken van het uitgangspunt om een rapportage naar aanleiding van een calamiteit niet te publiceren.

Het besluit om een rapportage naar aanleiding van calamiteit wel te publiceren, dient uitermate zorgvuldig te worden genomen.

Er dient een individuele afweging gemaakt te worden, waarbij het belang van openbaarmaking wordt afgewogen tegen de gronden die zijn genoemd in artikel 10 van de Wet openbaarheid van bestuur (Wob). Tevens dient te allen tijde te worden voldaan aan de privacyregels zoals vastgelegd in de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG).

Artikel 11 Samenwerking rijksinspectie

Dit artikel bepaalt wanneer rijksinspecties betrokken worden bij onderzoeken.

Artikel 12 Strafbare feiten en maatschappelijke onrust

Dit artikel bepaalt wanneer de toezichthouder een melding doet bij politie/justitie en dat de toezichthouder kan zorgdragen voor het opstarten van crisisinzet door de VGGM.

Artikel 13 Onverwijilde maatregelen

Indien er een acuut gevaar is voor de veiligheid van cliënten en ingrijpen noodzakelijk is, kunnen niet alle procedurestappen van dit protocol (volledig) gevolgd worden, bijvoorbeeld de termijn voor een aanbieder om te reageren op het conceptrapport van de toezichthouder.

In die situatie kunnen op onderdelen bijvoorbeeld kortere termijnen dan vermeld in het protocol gehanteerd worden of stappen worden overgeslagen.

Artikel 14 Jaarverslag

De colleges van burgemeester en wethouders zijn op basis van de Wmo 2015 verplicht een toezichthouder aan te wijzen die onder meer belast is met het toezicht op de calamiteitenmeldingen en meldingen over geweld bij de verstrekking van een voorziening.

Vanwege deze verantwoordelijkheid dienen de colleges het jaarverslag en eventuele aanbevelingen van de toezichthouder vast te stellen. Dit besluit dient vervolgens ter kennis gebracht te worden van de gemeenteraden.

Persoonsgegevens van betrokken cliënten, beroepskrachten en andere individuen zullen niet in de jaarlijkse rapportages van de toezichthouder worden opgenomen.

Artikel 15 Betrokkenheid toezichthouder

Dit artikel bepaalt hoe wordt omgegaan indien de aangewezen toezichthouder betrokken is bij een melding (beroepshalve of private relatie met de aanbieder en/of cliënt).

Artikel 16 Niet voorziene situaties

Dit artikel bepaalt hoe wordt omgegaan met situaties waarin dit protocol niet voorziet.

Artikel 17

Dit artikel bepaalt de ingangsdatum van het protocol.

Artikel 18

Dit artikel bepaalt de naamgeving van het protocol.

Bijlage 1 “Richtlijn rapportage over een calamiteit/geweld bij de verstrekking van een voorziening of andere gebeurtenis”.

In deze richtlijn wordt uiteengezet aan welke voorwaarden de rapportage moet voldoen die de aanbieder stuurt aan de toezichthouder naar aanleiding van een calamiteit, geweld bij de verstrekking van een voorziening of andere gebeurtenis.

Op basis van de rapportage kijkt de toezichthouder zowel naar de inhoud van de calamiteit of het geweld of andere gebeurtenis als naar de onderzoeksmethode.

Verloopt het onderzoeksproces adequaat en zorgvuldig en kan geconcludeerd worden dat tekortkomingen leiden tot SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden) geformuleerde verbetermaatregelen die worden geborgd door de bestuurder (of eigenaar of hoofdverantwoordelijke) van de aanbieder.

De colleges van burgemeester en wethouders hechten veel belang aan de inbreng van de betrokken cliënt, diens wettelijk vertegenwoordiger of nabestaande bij het vaststellen van de feiten en het beschrijven van de gebeurtenissen.

De analyse van de aanbieder geschiedt door een commissie die voldoende deskundig is en bij voorkeur bestaat uit onafhankelijke personen. Waar mogelijk wordt deze analyse uitgevoerd door een team dat is samengesteld uit vertegenwoordigers van alle betrokken disciplines. Vervolgens is het de verantwoordelijkheid van de bestuurder van de aanbieder om ervoor te zorgen dat de zakelijke inhoud van de rapportage met alle betrokkenen wordt gedeeld.

Deze richtlijn is geen in te vullen format maar een handleiding waarin de aspecten worden benoemd die in de rapportage aan de orde moeten komen, tenzij die niet van toepassing zijn.

Het gaat om de volgende aspecten:

1. Gegevens van de cliënt: naam, geboortedatum, geslacht, juridische status, zorgzwaarte.
2. Datum calamiteit, geweld of andere gebeurtenis, datum van melden bij de bestuurder, referentienummer van de ontvangstbevestiging.
3. Samenstelling van de onderzoekscommissie:
 - Functie en achtergrond van de leden.
 - Mate van betrokkenheid bij de calamiteit, geweld of andere gebeurtenis.
4. Betrokken zorgverleners bij de calamiteit, geweld of andere gebeurtenis; functies van alle betrokkenen.
5. Wijze waarop het onderzoek is verricht:
 - Welke medewerkers zijn gehoord en op welke wijze?
 - Is de betrokken cliënt, diens vertegenwoordiger of nabestaande gehoord?
 - Zo ja, op welke wijze? Zo nee, geef een toelichting.
 - Welke informatiebronnen zijn geraadpleegd?
 - Welke literatuur, richtlijnen en protocollen zijn bij het onderzoek betrokken?
 - Is er een externe deskundige geraadpleegd? Zo ja, op welke wijze?
 - Welke analysemethode is toegepast?
6. Beschrijving van de feiten, met bijbehorend tijdschema, zodanig dat het verloop van de calamiteit, geweld of andere gebeurtenis inzichtelijk is voor de lezer. Betrek daarbij, voor zover van toepassing, de volgende aspecten:
 - Opname-indicatie en behandeling;
 - Locatie, setting en context van de maatschappelijke ondersteuning;
 - Voorgeschiedenis en comorbiditeit;
 - Risicotaxatie, bijvoorbeeld bij suïcide of delier;
 - Toezicht op cliënt;
 - Gehanteerde landelijke of interne richtlijnen en protocollen c.q. motivatie ter afwijking;
 - Bevoegd- en bekwaamheid van betrokken medewerkers en een reflectie daarop
 - Betrokkenheid farmacotherapie;
 - Betrokkenheid medische hulpmiddelen en eventuele melding bij de fabrikant;
 - Beschrijving van toegepaste vrijheid beperkende maatregelen;
 - Beschrijving van de communicatie tussen de zorgverleners, zowel intern als extern;
 - Beschrijving van de communicatie met de cliënt, diens wettelijk vertegenwoordiger en familie;
 - Betrokkenheid ketenpartners; benoem en beschrijf de betrokkenheid en samenwerking in onderhavige casus;
 - Bij overlijden: afgifte natuurlijke dood verklaring;
 - Betrokkenheid Openbaar Ministerie met beschrijving;
 - Aangifte bij de politie met wijze, datum en plaats.
7. Analyse tot basisoorzaken met behulp van de aangegeven methode. Classificatie in technische, organisatorische en/of menselijke basisoorzaken.
8. Hoe luiden de conclusies van de onderzoekscommissie?
9. Wat zijn de verbetermaatregelen en sluiten die aan op de basisoorzaken? Welke verbetermaatregelen zijn al getroffen en welke moeten nog geëffectueerd worden?
10. Beschrijving van de nazorg die is verleend aan de betrokkenen en aan de betrokken zorgverleners. Geef eveneens aan wat de reactie is van de cliënt, diens wettelijk vertegenwoordiger of nabestaande op de wijze waarop de calamiteit, het geweld of andere gebeurtenis is afgehandeld en op de nazorg die is geboden.
11. Acties van de bestuurder:
 - Op welke wijze onderschrijft de bestuurder de analyse, conclusies en verbetermaatregelen?

- Sluiten de verbetermaatregelen in de ogen van de bestuurder aan bij de conclusies?
Zo nee, geef een toelichting.
- Zijn de verbetermaatregelen SMART zijn geformuleerd? Hoe gaat de bestuurder de verbetermaatregelen implementeren? Is het duidelijk voor wie deze zijn bestemd en hoe deze worden geborgd?

Bijlage 2: Definities

Wmo 2015

Aanbieder

Cliënt

GGD/VGGM

IGJ

Maatwerkvoorzieningen

Melder

Melding

Portefeuillehouder Wmo

Toezicht

Toezichthouder

Wet maatschappelijk ondersteuning 2015

Natuurlijke persoon of rechtspersoon die jegens het college gehouden is een voorziening of een maatwerkvoorziening te leveren.

Persoon die gebruik maakt van een voorziening of aan wie een maatwerkvoorziening is verstrekt of door of namens

wie een maatwerkvoorziening is verstrekt of door of namens wie een melding is gedaan als bedoeld in artikel 2.3.2. eerste lid van de Wmo 2015.

Gemeentelijke Gezondheidsdienst/Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

Op de behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van een persoon afgestemd geheel van diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en Wmo dienstverlening, te weten:

- Begeleiding (waaronder ook ADL – _persoonlijke verzorging)
- Dagbesteding
- Vervoer van en naar dagbesteding
- Hulp bij het huishouden
- Logeervoorziening / kortdurend verblijf
- Hulpmiddelen
- Woningaanpassing
- Beschermd Wonen
- GGZ-inloop

Aanbieder, cliënt, burger en/of ambtenaar die een melding heeft gedaan van een calamiteit/geweldsincident/andere gebeurtenis.

Een bericht van een aanbieder, cliënt, burger en/of ambtenaar aan de toezichthouder over een calamiteit, melding van geweld bij de verstrekking van een voorziening of andere gebeurtenis.

De wethouder van de regiogemeente die door het college is belast met de portefeuille Wmo en verantwoordelijk is voor toezicht op de aanbieders die werkzaamheden uitvoeren in opdracht van de gemeente onder het regime van de Wmo.

Het verzamelen van informatie over de vraag of een handeling of zaak voldoet aan de daaraan gestelde kwaliteitseisen, het zich daarna vormen van een oordeel hierover (o.a. aan de hand van een toetsingskader) en het naar aanleiding daarvan op adviseren aan het college

Door college aangewezen als toezichthouder Wmo, bedoeld in artikel 6.1. van de Wmo 2015.

BEHANDELPLAN

GEGEVENS CLIËNT	
------------------------	--

Naam:	Geboortedatum:
Verwijzer:	Reden verwijzing:

GEGEVENS BEHANDELAAR	
-----------------------------	--

Naam: Ray Staring	Functie: Praktijkhouder/behandelaar
-------------------	-------------------------------------

REDEN AANMELDING	
-------------------------	--

HULPVRAAG	
------------------	--

DOELEN	
---------------	--

AANPAK, TIJD, INZET	
----------------------------	--

KWALITEITEN EN KANSEN	
------------------------------	--

(TUSSEN-)EVALUATIE BETROKKENEN	
---------------------------------------	--

AFSCHALEN, NETWERK, NAZORG	
-----------------------------------	--

ONDERTEKENING		
Met het ondertekenen van dit behandelplan gaat u als ouders, en indien van toepassing de jongere zelf, akkoord met voorgesteld behandelbeleid.		

Jongere > 12 jr	Vader	Moeder
Datum: Plaats:	Datum: Plaats:	Datum: Plaats:

EVALUATIE	
------------------	--

Datum:	Aanwezig: Ray Staring,
--------	------------------------

PROCES EN VERLOOP	
--------------------------	--

VOORTGANG DOELEN + MOTIVERING	
--------------------------------------	--

PERSPECTIEF EN PLAN	
----------------------------	--

ONDERTEKENING		
Met het ondertekenen van dit behandelplan gaat u akkoord met bovenstaande evaluatie.		

Jongere > 12 jr Datum: Plaats:	Vader Datum: Plaats:	Moeder Datum: Plaats:
--	--------------------------------	---------------------------------

Bijlage 12: Diagnose-behandelplan voor werkaantekeningen behandelaar

Aanmelding

Naam	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Tel vast	
Tel mobiel	
Email	
Geb.datum	
Huisarts	
Tel huisarts	
School	
Tel School	
Gezag	
Aanmelder	
Gescheiden	

Verwijsbrief of beschikking op aanmelding:

Beknopte reden:

Eerdere hulp:

Opmerkingen:

Telefonisch contact:

Moeder

Naam	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Tel vast	
Tel mobiel	
Email	

Vader

Naam	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Tel vast	
Tel mobiel	
Email	

INTAKE

KERNPUNTEN SESSIE		DOELEN EN AFSPRAKEN			
•		DSM • Hulpbronnen • Stressbronnen • Middelen/slapen/angsten/existent. • Trigger/context •	Aanmeldklacht(en) • Ingangsklacht(en) • Redenen voortbestaan •	Clientdoelen: • Therapiedoelen: • Frank: • Afspraken: • Vorbereidingen vervolgsessie •	
Algemene ik		Huidige Toestand	Afweergebied	Klachtgebied	
•		Coping: • Delen en doorlaatbaarheid: • Keywords en beelden: • Notendopschema: IK HT IKHT IK-HT IK→HT IKGT Kenschema: Niet kennen – ontkennen – verkennen – herkennen – erkennen – bekennen - aanvaarden – bewerken – parkeren/utiliseren - fusie	G: V: D: I: S: S: S:	Muur/Wolk/ Gaashek / Kloof Ziektewinst: Lokale: Verklaringsmodel cliënt: Hypothese psychodynamiek:	G: V: D: I: S: S: S:
		GEWENSTE TOESTAND G: V: D: I: S: S: S:		Systeem van herkomst: Huidige situatie	