

Handboek  
Kwaliteit, veiligheid, personeel en opleiding  
Competente Zorg BV  
Versie 2018



## INHOUDSOPGAVE

1. INFORMATIE ORGANISATIE .....	5
1.1. Over de organisatie .....	5
1.2. Visie.....	5
1.3. Missie .....	5
1.4. Organigram .....	6
1.5. Administratieve gegevens organisatie .....	7
1.6. Overlegstructuur.....	7
HOOFDSTUK KWALITEIT .....	8
2. KWALITEITSSYSTEEM.....	8
2.1. Scope kwaliteitssysteem en uitsluitingscriteria .....	8
2.1.1. Doel kwaliteitssysteem.....	8
2.1.2. De collectieve Leercyclus: een uitgebreide PDCA-cyclus (Plan-Do-Check-Act) .....	8
2.1.3. Samenhang en inrichting kwaliteitssysteem .....	9
2.2. Algemene grondslag en bedrijfsdoelstelling .....	9
2.2.1. Directieverantwoordelijkheid.....	10
2.2.5. Wettelijke kaders .....	11
2.2.6. Beleidscyclus .....	11
2.2.8. Zorgdossier en zorgleefplan .....	11
2.2.10. Formulieren.....	12
2.2.11. Externe documenten .....	12
2.3. Beheersing documenten.....	12
2.3.1. Documentatie-eisen.....	12
2.4. Beheersing kwaliteitskader verantwoorde zorg.....	13
2.4.1. Kwaliteitsregistraties .....	13
2.5. Kwaliteitsbeleid en doelstellingen.....	14
2.5.1. Kwaliteitsdoelstellingen en indicatoren .....	14
2.5.2. Management van middelen .....	15
2.5.3. Inkoop en uitbesteding .....	15
2.6. Klachtenregeling .....	15
2.6.1. Inschakelen ondersteuning .....	16
2.6.2. Beoordeling door de Klachtencommissie .....	16
2.7. Meten, analyseren en verbeteren.....	16
2.7.1. Metingen.....	17
2.7.2. Analyseren .....	18
2.7.3. Verbeteren .....	18
2.8. Beoordeling effectiviteit kwaliteitssysteem. ....	18
2.8.1. Audits .....	19
HOOFDSTUK VEILIGHEID .....	20
3. VEILIGHEID .....	20
3.1. Risicobeheersing .....	20
3.1.1. Risicobeheersing kritische processen.....	20
3.1.2. Risicobeheersing op cliënt niveau .....	20
3.2. Gedragscode (bijlage 4) .....	20
3.2.1. Doel en toepassingsgebied .....	20
3.2.2. Gebruikte bronnen.....	21
3.3. Melding incidenten .....	21
3.3.1. Doel.....	21

3.3.2. Veilig incidenten melden.....	21
3.3.3. Doelgroep .....	21
3.3.4. Middelen .....	21
3.3.5. Begripsbepaling.....	21
3.4. Mishandeling en misbruik in gezinssituatie (bijlage 2 en 3) .....	23
3.4.1. Doel en toepassingsgebied .....	24
3.4.3. Gebruikte bronnen.....	24
3.5. Vermoeden (huiselijk) geweld door zorgverlener.....	24
3.5.1. Meldpunt Ouderenmishandeling in de zorg .....	24
3.5.2. CONCRETISEREN (Beantwoord de vragen) .....	25
HOOFDSTUK PERSONEEL .....	27
4. PERSONEEL.....	27
4.1. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.....	27
4.2. Deskundigheidsbevordering en scholing (zie hoofdstuk 5. Opleiding).....	27
PRIVACY.....	28
5. PRIVACY.....	28
ALGEMENE VERORDENING GEGEVENSBESCHERMING (PRIVACY WETGEVING) .....	28
5.1. Rechten van betrokkenen .....	28
5.2. De AVG-privacyrechten .....	28
5.2.1. Het recht op dataportabiliteit. ....	28
5.2.2. Het recht op vergetelheid. ....	28
5.2.3. Recht op inzage.....	29
5.2.4. Recht op rectificatie en aanvulling.....	29
5.2.5. Het recht op beperking van de verwerking:.....	30
5.2.6. Het recht met betrekking tot geautomatiseerde besluitvorming en profilering.....	31
5.2.7. Het recht om bezwaar te maken tegen de gegevensverwerking.....	31
5.2.7. Het recht op .....	31
5.3. Overzicht verwerkingen .....	32
5.4. Data protection impact assessment (DPIA).....	32
5.5. Privacy by design & privacy by default.....	32
5.6. Functionaris voor de gegevensbescherming.....	32
5.7. Meldplicht datalekken.....	33
5.8. Verwerkersovereenkomsten.....	33
5.9. Toestemming .....	33
HOOFDSTUK ONDERWIJS EN OPLEIDING .....	34
6. OPLEIDINGSPLAN COMPETENTE ZORG (nog vorm te geven).....	34
6.1. Kenmerken van de organisatie.....	34
6.2. Wat willen we met opleidingen .....	34
6.3. Opleidingsbehoeften en -doelen.....	35
6.4. Samenwerking Open Universiteit, Zuyd Hogeschool en Arcus College.....	35
Wat is een ZIC? .....	36
Wat is een CoP? .....	36
6.5. Waarborgen van de kwaliteit van opleiden .....	37
6.6. Opleidingsbudget.....	37
6.7. Frequentie en duur van opleidingen.....	37
6.8. Planning 2018 .....	37
Bijlagen .....	38
BIJLAGE 1: FUNCTIEBESCHRIJVING EN COMPETENTIES kwaliteits/privacymedewerker .....	39
BIJLAGE 2: HUISELIJK GEWELD .....	42
BIJLAGE 3: KINDERMISHANDELING .....	43
BIJLAGE 4: GEDRAGSCODE .....	46
BIJLAGE 5: FORMULIEREN MIC EN MIM MELDINGEN.....	50

BIJLAGE 6 VERWERKERSOVEREENKOMST DINZ .....	52
BIJLAGE 7 PRIVACYREGLEMENT .....	53

# 1. INFORMATIE ORGANISATIE

## 1.1. Over de organisatie

COMPETENTE ZORG B.V. is opgericht in 2017 en levert verpleging, verzorging en begeleiding aan cliënten binnen de ouderen- en overige somatische zorg. Deze zorg wordt overwegend geleverd binnen de regio Parkstad, Zuid Limburg. De dagelijkse leiding is in handen van de algemeen directeur.

## 1.2. Visie

COMPETENTE ZORG levert 24-uurszorg. Dit betreft zowel verpleging, verzorging als begeleiding. Hierdoor kan men zo lang mogelijk in de eigen woonomgeving blijven en hoeven bijvoorbeeld echtparen niet gescheiden te worden.

Naast de reguliere eerste- en tweedelijns opvang is er volgens onze visie behoefte aan een vorm van anderhalvelijns opvang, welke aangeboden moet worden als optie nadat een patiënt in de tweedelijnszorg is uitbehandeld en terugvalt op de eerstelijnszorg, dan wel moet worden opgeschaald naar de derdelijnszorg. Wij denken daarbij aan een periode van drie maanden (maximaal te verlengen tot zes maanden) waarbij huisvesting en zorg wordt aangeboden die aansluit bij de behoefte van de patiënt en zijn directe omgeving, en die wordt verstrekt in een huiselijke en sfeervolle omgeving. Hierbij is dan niet alleen sprake van medische zorg, maar indien gewenst/noodzakelijk ook van mentale ondersteuning en voorbereiding op de periode na de opvang. Naast de benodigde medische zorg is het aan de patiënt om zijn/haar zorgbehoefte(n) aan te geven en hiervoor de eventuele extra bijkomende kosten te betalen (voor zover die niet vanuit een andere regeling bekostigd worden).

Wij willen dat jongeren (stagiaires) leren in een authentieke omgeving waarbij de contexten van wonen, werken en leren niet gescheiden zijn maar op een zinvolle manier in elkaar overgaan. Juist omdat in deze fase diverse disciplines vanuit de zorgbehoefte noodzakelijk zijn, zien wij binnen de invulling van de behoefte aan anderhalvelijns opvang ook een grote mogelijkheid van interdisciplinair praktijkgericht onderwijs op mbo en hbo niveau. Leeractiviteiten vinden daarbinnen plaats in een Zorg Innovatie Centrum (ZIC) in de vorm van Communities of learning, practice and care (de zogenaamde CoP's). Hierin werken studenten van allerlei onderwijstypes en niveaus samen op basis van gelijkwaardigheid en ieder met zijn eigen specifieke inbreng.

Wij bieden op termijn stages en leerplekken voor diverse beroepsopleidingen. Om te beginnen met verpleegkunde en naderhand uitgebreid met horeca, agrarische sector maar ook facilitaire dienstverlening, bouwkunde (aanpassingen voor hulpbehoevenden), technologie in de zorg en anderen.

Hiervoor is er een gepromoveerde onderwijskundige aanwezig die deze stagiaires en lerenden onderwijskundig kan begeleiden en leerplannen en stageplannen kan beoordelen.

## 1.3. Missie

Wij willen mensen met een zorgbehoefte een veilige woon- en leefomgeving bieden, -hetzij binnen hun eigen huis, hetzij binnen een te ontwikkelen woon-zorgconcept-, met veel privacy maar ook de mogelijkheden tot contact, activiteiten en eigen initiatief. Wij willen dit doen door optimaal gebruik te maken van de wisselwerking tussen bestaande en aankomende expertise rondom de zorgvraag.

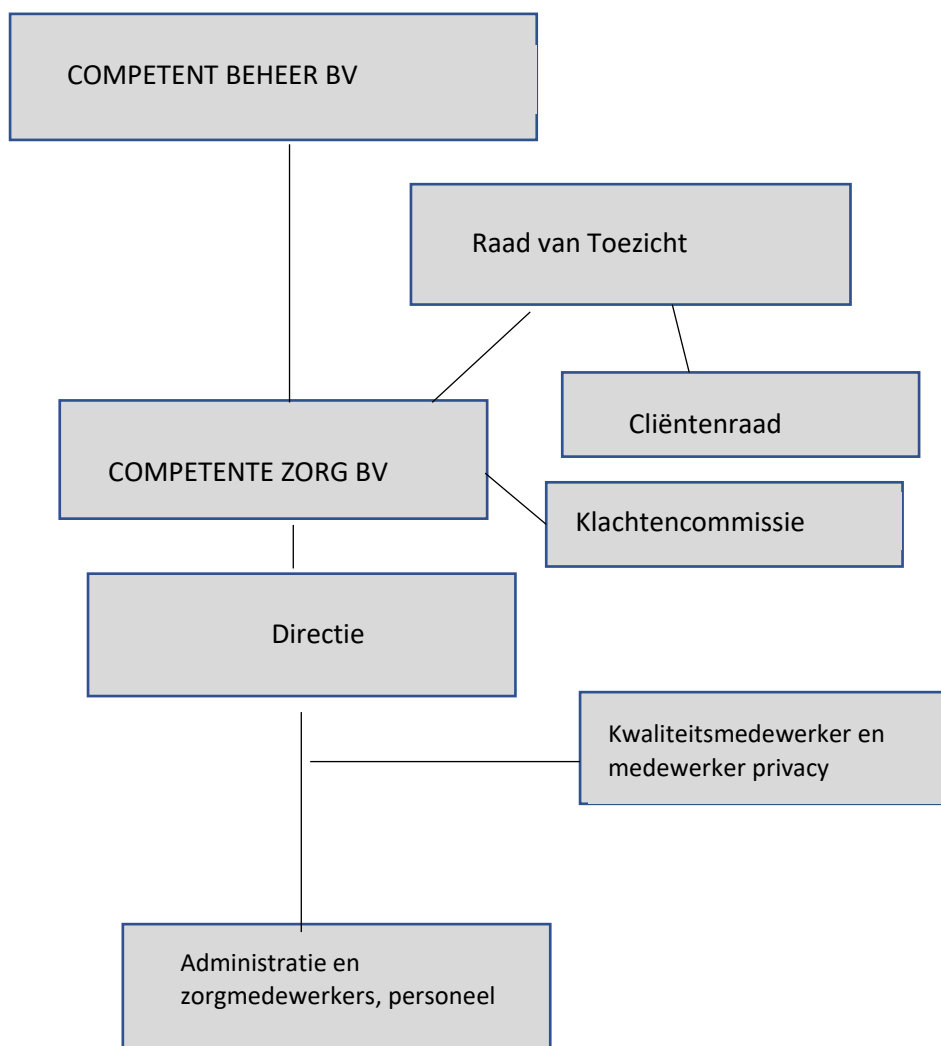
Zorgorganisaties zoals COMPETENTE ZORG ondersteunen hun cliënten bij het verkrijgen van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Het vertrekpunt van het kwaliteitskader verantwoorde zorg is hoe

de cliënt het leven kan voortzetten zoals hij dat gewend is of hoe hij wil leven. Hoe kan de cliënt binnen zijn eigen mogelijkheden en beperkingen de dingen blijven of gaan doen die hij zelf belangrijk en zinvol vindt? Hoe kunnen de zorgverleners de cliënt daarbij optimaal ondersteunen? De vier levensdomeinen bieden daarvoor een mooi kader:

1. lichamelijk welbevinden en gezondheid
2. woon- en leefsituatie
3. participatie
4. geestelijk welbevinden

Voorwaarden voor verantwoorde zorg en het realiseren van een zo hoog mogelijke *kwaliteit van leven* van cliënten zijn de *kwaliteit van de zorgorganisatie*, de *kwaliteit van zorgverleners* en de *zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid*. Deze thema's zijn essentieel in het verwezenlijken van kwaliteit van leven. De zorgverleners en de zorgorganisatie hebben een rol in het realiseren van zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid.

## 1.4. Organigram



## 1.5. Administratieve gegevens organisatie

<b>HANDELSNAAM</b>	COMPETENTE ZORG B.V.
<b>KVK NUMMER</b>	69060827
<b>VESTIGINGSADRES</b>	Luciushof, Putgraaf 3, 6411 GT Heerlen
<b>CONTACTGEGEVENS</b>	Contactpersoon: Mw. Miriam Goes-Daniëls Tel: +31 6 24794421 E-mail: Info_competentezorg@kpnmail.nl Website:
<b>JURIDISCHE RECHTSVORM</b>	B.V.
<b>BEDRIJFSVERZEKERINGEN</b>	Markel International Insurance Company/Bedrijfsaansprakelijk
<b>AGB CODE</b>	75752915
<b>ALGEMENE VOORWAARDEN</b>	ZVW
<b>KEURMERK</b>	KIWA (Leo Goes) en beide verpleegkundigen
<b>AANGESLOTEN BIJ BRANCHEORGANISATIE?</b>	Vecozo nummer 535498, ACTIZ
<b>CONCENTRATIE WERKGEBIED</b>	Parkstad Zorgkantoorregio Zorgkantoorregio
<b>MARKTSEGMENT</b>	Regio Parkstad Gemeente(n) Heerlen
<b>HUIDIGE FINANCIERINGSVORMEN</b>	WLZ – PGB ZVW-ZIN Particulier
<b>KLANTSEGMENT</b>	Somatische aandoening/beperking (SOM); Psychogeriatrische aandoening/ beperking (PG); Lichamelijke handicap (LG); Zintuiglijke handicap (ZG). Voornamelijk kwetsbare ouderen
<b>CLIENTGROEPEN INSLUITINGSCRITERIA</b>	SOM 0-64 jaar SOM 65-74 jaar SOM 75 jaar en ouder PG 75 jaar en ouder

## 1.6. Overlegstructuur

Door middel van structureel overleg zoals vastgelegd in de werkinstructie Overlegstructuur stelt COMPETENTE ZORG zeker dat er communicatie plaatsvindt over de processen van het kwaliteitsmanagementsysteem en de effectiviteit ervan. Zo worden er binnen het team de corrigerende maatregelen besproken en de voortgang hiervan bewaakt. Daarnaast worden binnen het team de auditresultaten en de binnengekomen klachten die moeten leiden tot een corrigerende maatregel besproken.

# HOOFDSTUK KWALITEIT

## 2. KWALITEITSSYSTEEM

### 2.1. Scope kwaliteitssysteem en uitsluitingscriteria

COMPETENTE ZORG kan, afhankelijk van het werkgebied en van welke contracten er zijn afgesloten, met opdrachtgevers, zorg leveren op de volgende gebieden (allen extramuraal):

- Verpleging
- Persoonlijke Verzorging
- Begeleiding Individueel
  
- En eventueel
- Huishoudelijke Verzorging
- Nachtzorg
- 24 uurs zorg

#### 2.1.1. Doel kwaliteitssysteem

Het doel van het ingerichte kwaliteitssysteem;

- Werkmethoden identificeren en documenteren,
- Doeltreffende uitvoering en beheersing van processen,
- Beschikbaar stellen van middelen zeker stellen,
- Processen bewaken, meten, analyseren en zo nodig verbeteren,
- Medewerkers hebben inzicht in de methoden van werken,
- Zorgdiensten verbeteren met betrekking tot kwaliteitseisen,
- Bekwaamheid van personeel en arbeidsomstandigheden verbeteren,
- Risico van incidenten of ongewenste gebeurtenissen verminderen, De organisatie werkt conform wettelijke- en andere overheidsverplichtingen.

#### 2.1.2. De collectieve Leercyclus: een uitgebreide PDCA-cyclus (Plan-Do-Check-Act)

**door collectief leren.**

Teams kunnen om hun kwaliteit vorm te geven, een collectieve leercyclus doorlopen. De collectieve leercyclus van Castelijns et al. (2009) is een voorbeeld van een model dat gebaseerd is op de PDCA cyclus (Deming, 1986) en vele andere leercycli en bestaat uit de volgende zes stappen: (zie figuur 1).

1. Ambitie ontwikkelen
2. Informatie verzamelen
3. Informatie interpreteren
4. Consequenties verbinden
5. Actie uitvoeren
6. Product en proces evalueren

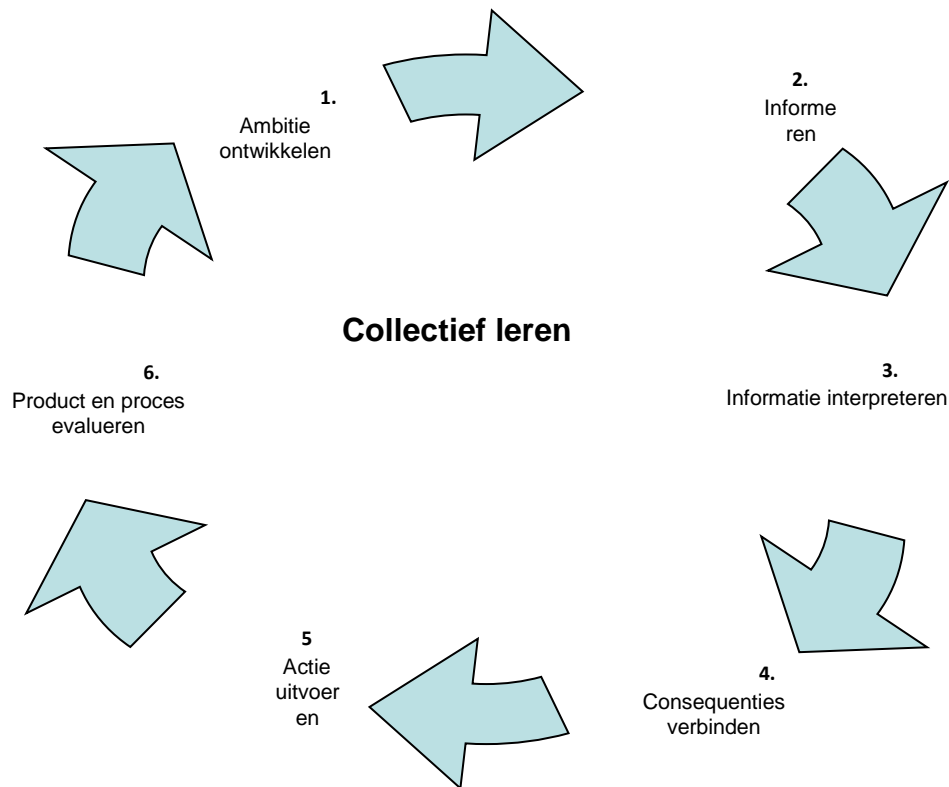
Het proces begint doorgaans met het formuleren van een of meerdere ambities. In stap 2 worden de deelnemers geïnformeerd in de vorm van een presentatie. Door middel van discussie wordt in stap 3 deze informatie geïnterpreteerd (betekenis verlenen, eigenaarschap). Hierna worden er consequenties verbonden aan die interpretaties door het maken van stappenplannen en het bevorderen van de uitvoering daarvan door het benoemen van een tijdpad en het verdelen van de taken. Stap 4 uit de cyclus is het uitvoeren van de



plannen (acties). Het proces en product moeten worden geëvalueerd (stap 5) en leiden tot het formuleren van nieuwe ambities (stap 6).

De interventies zijn gericht op het doorlopen van de hele cyclus, immers pas als de cirkel volledig doorlopen is, heeft er daadwerkelijk verandering in de praktijk plaatsgevonden en kan er van die veranderingsprocessen worden geleerd. Of een interventie al dan niet is geslaagd, wordt afgemeten aan de mate waarin de stappen van de cyclus daadwerkelijk zijn afgerond en een nieuwe cyclus begint.

De cyclus uit figuur 1 is een poging om collectief leren systematisch in gang te zetten. Door de cyclus te doorlopen ontwikkelt het team een collectief proces van verandering en professionalisering.



Figuur 1. Collectieve leercyclus (Castelijns, Koster & Vermeulen, 2009; Goes-Daniels, 2011)

### 2.1.3. Samenhang en inrichting kwaliteitssysteem

Het kwaliteitssysteem is het geheel van documenten en instructies die richting geven aan al het handelen binnen de organisatie en is gericht op het uitvoeren van het primaire proces. In dit kwaliteitshandboek wordt de onderlinge samenhang tussen procedures, processen en instructies beschreven. De opzet van het kwaliteitshandboek is gebaseerd op de Randvoorwaarden Verantwoorde Zorg en Veiligheid en die van de Inspectie Gezondheidszorg.

## 2.2. Algemene grondslag en bedrijfsdoelstelling

- De vrijheid van cliënten om hun leven naar eigen inzicht te regelen;
- Het bewerkstelligen van een democratisch leefsituatie zonder religieuze- en/of politieke achtergrond/ overtuiging, voor alle gezindten;
- Het welbevinden van cliënten: de zorg en de dienstverlening zijn geen doel op zich, maar een middel om dit te bereiken.;
- Het bewerkstelligen dat cliënten zo lang mogelijk hun zelfstandigheid behouden;
- Het aanbieden van diensten die bij de vraag van cliënten aansluiten.

### 2.2.1. Directieverantwoordelijkheid

COMPETENTE ZORG streeft naar kwaliteitsbewustwording in alle geledingen en naar continue verbetering van haar processen. Dit handboek kan gezien worden als een basis hiervoor. Het kwaliteitssysteem is opgezet conform de Randvoorwaarden voor Veilige en Verantwoorde Zorg en de actuele Wet- en Regelgeving. Doel van het hanteren van dit kwaliteitssysteem is een volledige beheersing van de uit te voeren werkzaamheden, zodat een optimale werksituatie ontstaat en daardoor kwaliteit, veiligheid en arbeidsvoldoening gewaarborgd zijn. Hierdoor zal de juiste communicatie tussen COMPETENTE ZORG en haar cliënten van groot belang zijn om aan de eisen van haar klanten en eventuele wettelijke eisen te kunnen voldoen. Om nu en in de toekomst de nodige wendbaarheid en aantrekkelijkheid in de markt te behouden, dienen de in dit document omschreven procedures gehanteerd te worden. Bovendien dienen de procedures op gezette tijden getoetst en zo nodig bijgesteld te worden. Alle medewerkers worden voortdurend gewezen op het belang van het leveren van goede kwaliteit die aansluit op de door de klant gestelde eisen. Alleen op deze manier kan de kwaliteit gewaarborgd blijven. De directie van COMPETENTE ZORG steunt het kwaliteitssysteem van harte en zal regelmatig de effectiviteit van het kwaliteitssysteem en de overeengekomen acties onderzoeken. Ook zal zij zorg dragen dat alle middelen welke benodigd zijn om continue te kunnen verbeteren en om aan de eisen van de klant (zorgvrager) te kunnen voldoen, beschikbaar worden gesteld.

Dit Handboek geeft de samenhang aan tussen de doelstellingen, het beleid en de verschillende procedures en regels met betrekking tot het kwaliteitssysteem voor de uitvoering van alle activiteiten op het gebied van kwaliteitsborging bij COMPETENTE ZORG.

De directie is eindverantwoordelijke voor het vaststellen van de behoeften en verwachtingen van haar cliënten en zal dit delegeren naar de overige medewerkers.

Het kwaliteitssysteem is per proceskenmerk beschreven, waarbij de randvoorwaarden voor Veilige en Verantwoorde Zorg zijn aangehouden. Tevens zijn de professionele standaarden van de beroepsbeoefenaren (Zorgprofessionals) beschreven. Dit handboek beschrijft het kwaliteitssysteem zoals door COMPETENTE ZORG gehanteerd wordt, om te komen tot een hogere kwaliteit en daardoor te bereiken dat afnemers tevreden zijn.

De directie stelt voldoende middelen ter beschikking om op een kwalitatief hoog niveau uitvoering te kunnen geven aan de benodigde bedrijfsprocessen om aan de klanteneisen te kunnen voldoen:

1. Uitvoeren en monitoren van processen en het continu verbeteren van de doeltreffendheid;
2. Uitvoeren van activiteiten in het kader van de cliëntveiligheid;
3. Verhogen van de cliënttevredenheid;

De directie is verantwoordelijk voor het in kaart brengen van de behoeften en verwachtingen van de klant en voor het omzetten ervan in meetbare klanteisen. De directie bevordert een veilige cultuur waarin medewerkers gestimuleerd worden om incidenten te melden, erover te communiceren en ervan te leren.

De directie maakt kenbaar binnen de organisatie:

1. Het belang om te voldoen aan wet-/regelgeving.
2. Het belang om te voldoen aan de eisen van klanten.
3. De organisatiestructuur.
4. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.
5. Interne en externe communicatiestructuur
6. Besluitvormingsstructuur

## 2.2.5. Wettelijke kaders

<b>Wettelijke kaders onderneming</b>	Handelsregisterwet Wet op de ondernemingsraden (WOR) Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG)
<b>Wettelijke kaders kwaliteit</b>	Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg en Veiligheid Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG) Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO); Wet kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz)
<b>Wettelijk kaders cliënten</b>	Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) Wet Bescherming Persoonsgegevens Wet gebruik Burgerservicenummer in de zorg (Wbsn-z) Wet Zorg en Dwang (cliënten met dementie) Wet Meldcode
<b>Wettelijke kaders personeel</b>	Wet op de Collectieve Arbeidsovereenkomst (CAO) Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) Wet Verbetering Poortwachter (WVP)
<b>Wettelijke kaders financiering</b>	Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) Wet Langdurige Zorg (WLZ) Zorgverzekeringswet (ZvW)

## 2.2.6. Beleidscyclus

COMPETENTE ZORG definieert haar visie op/beleid voor kwaliteit en stelt kwaliteitskenmerken vast voor de eigen context/situatie. De procesbeschrijvingen zijn in samenhang met de missie en visie en het beleid van de organisatie COMPETENTE ZORG. De beleidsplannen worden vastgesteld voor een periode van 5 jaar. De organisatie stelt jaarplannen op om het beleid uit te voeren.

## 2.2.7. Cliëntenraad in het kader van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ)

COMPETENTE ZORG is als zorgorganisatie verplicht een cliëntenraad in te stellen. Vanaf 1 november 2017 is een onafhankelijke vertegenwoordiger als zijnde “de cliëntenraad” geïnstalleerd. Deze behartigt binnen COMPETENTE ZORG de gemeenschappelijke belangen van de cliënten, voor zover van toepassing en uitvoerbaarheid.

## 2.2.8. Zorgdossier en zorgleefplan

Het zorgdossier en het zorgleefplan vormen een integraal onderdeel van het kwaliteitssysteem. Het primaire zorgproces wordt vastgelegd in het zorgdossier en afspraken met de cliënt worden vastgelegd in het zorgleefplan. De kwaliteitsmedewerker is verantwoordelijk voor het up to date houden van het zorgdossier en zorgleefplan. Dit zorgleefplan vormt een van de belangrijkste administratieve borgingsinstrumenten voor de kwaliteit. Naar aanleiding van nieuwe Wetgeving en definitiebepaling van Zelfredzaamheid en Regievorming, de vier domeinen van verantwoorde zorg en de “Aanspraak Wijkverpleging” voor indicatiestelling. In het registratiesysteem DINZ zijn de zorgdossiers en zorgleefplannen opgenomen.

## 2.2.9. Reglementen, protocollen en werkinstructies.

Via de branchevereniging ACTIZ hebben wij een abonnement op de databank KICK-protocollen van Vilans. Deze databank van KICK-protocollen bevat ruim 500 zorgprotocollen voor voorbehouden, risicovolle en overige handelingen. [kick@vilans.nl](mailto:kick@vilans.nl).

#### 2.2.10. Formulieren

VECOZO is het communicatiepunt voor ketenpartijen in de zorg die hun administratieve processen willen stroomlijnen en optimaliseren. Binnen het administratieve zorgdomein faciliteert VECOZO een digitale omgeving waarin de ketenpartijen snel, eenvoudig en veilig gegevens met elkaar kunnen uitwisselen. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en per 1 januari 2015 gemeenten ( via het Gemeentelijk Gegevensknooppunt) maken gebruik van VECOZO-diensten, onder meer voor het declaratieverkeer en de berichten van zorgtoewijzing. COMPETENTE ZORG is lid van Vecozo en maakt gebruik van haar dienstverlening.

In de procedures en instructies wordt verwezen naar formulieren. Het uitvoeren van de procedures en instructies brengt met zich mee dat gegevens moeten worden vastgelegd en een bepaalde periode bewaard worden. Dergelijke voor gedefinieerde (controle)formulieren, afgeleid van de eisen in het certificatieschema en wettelijke kaders worden een bepaalde periode bewaard. De bewaartermijnen liggen, indien relevant, vast in het **autorisatieprotocol**.

Vanwege de omvang van het aantal formulieren zijn alleen de formulieren gerelateerd aan de procedures opgenomen. In werkinstructies en reglementen kunnen ook andere formulieren zijn opgenomen.

#### 2.2.11. Externe documenten

Externe documenten van invloed op het primaire proces zijn een onderdeel van het kwaliteitssysteem;

- Wettelijke regelingen en kaders
- Externe richtlijnen
- Certificatieschema
- Veld-/beroepsnormen

### 2.3. Beheersing documenten

COMPETENTE ZORG heeft een procesbeschrijving waarin wordt aangegeven op welke wijze documenten worden geautoriseerd, uitgegeven, beheerst en beheerd. Onder het documentbeheer vallen de volgende categorieën van documenten:

- Kwaliteitshandboek
- Procedurehandboek: procesbeschrijvingen en werkinstructies
- Protocol cliënt-veiligheid
- Beleidsdocumenten
- (kwaliteit )registraties
- externe (normering) documenten

In procesbeschrijvingen is de wijze van archiveren, bijhouden en ter beschikking stellen van deze documenten beschreven, evenals de verantwoordelijkheid voor het documentenbeheer.

#### 2.3.1. Documentatie-eisen

De documentatie van het kwaliteitsmanagementsysteem moet omvatten:

- a. Gedocumenteerde verklaringen van een kwaliteitsbeleid en kwaliteitsdoelstellingen,

- b. Een kwaliteitshandboek,
- c. Documenten, met inbegrip van registraties waarvan de organisatie heeft vastgesteld dat deze nodig zijn om een doeltreffende planning, uitvoering en beheersing van processen te bewerkstelligen,
- d. Een overzicht en beschrijving van de zorgprocessen en andere processen die onder het kwaliteitsmanagementsysteem vallen,
- e. Hoe risico's in de zorg worden beheerst in zorg- en andere processen en documenten die betrekking hebben op het beheer van zorgprocessen voor alle zorgeenheden in de Organisatie, met inbegrip van processen die aan een externe partij zijn uitbesteed.

Er wordt een functionaris benoemt (kwaliteitsmedewerker) met de verantwoordelijkheden en bevoegdheden om:

- Zeker te stellen dat processen worden vastgesteld en onderhouden
- Te rapporteren aan de directie over de prestaties van het kwaliteitsmanagementsysteem
- Te adviseren over noodzaak tot verbetering
- Het bewustzijn van de eisen van de klant in alle lagen te bevorderen
- Het bewustzijn van medewerkers in welke mate zij bijdragen aan de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg.

Dit resulteert in de volgende taken:

- Ondersteuning geven bij de totstandkoming van procesbeschrijvingen en documenten
- Bewerkstelligen dat nieuwe of gewijzigde, geautoriseerde processen worden ingevoerd
- Behandelen en beoordelen van voorstellen tot wijziging van procesbeschrijvingen
- In voorkomende gevallen signaleren dat de invoering stagneert
- Uitvoeren of laten uitvoeren van interne audits
- Voorbereiden van het managementreview
- Maandelijks (laten) samenstellen van een klachtenanalyse
- Onderhouden van contacten over kwaliteitsmanagement met klanten, certificerende instellingen en toeleveranciers

## 2.4. Beheersing kwaliteitskader verantwoorde zorg

Het is belangrijk dat overall verantwoorde zorg wordt geleverd. In het kwaliteitskader Verantwoorde Zorg Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) staat precies beschreven wat hieronder wordt verstaan. Het doel van het kwaliteitskader is door verantwoorde zorg de kwaliteit van leven van de cliënt te verbeteren. Uitgangspunt hierbij is de cliënt zelf. Door metingen van kwaliteit wordt de kwaliteit van geleverde zorg zichtbaar. In de procesbeschrijvingen is de toepassing van de kwaliteitsregistratie beschreven, evenals de verantwoordelijkheden en de wijze en bewaartermijn van archivering. Met interne audits en periodieke rapportages worden de kwaliteit en de aanwezigheid van de registraties bewaakt.

### 2.4.1. Kwaliteitsregistraties

Ten aanzien van kwaliteitsregistraties wordt het volgende onderscheid gemaakt:

- Registratie afwijkingen (in)direct van invloed op de kwaliteit en veiligheid van de zorg/dienstverlening.
- Klachtenformulieren en registratie daarvan.
- MIC en MIP formulieren en registraties daarvan.
- Verslagen directiebeoordeling.
- Intern en extern auditverslag.

- Tevredenheidsonderzoeken.
- RI&E metingen.
- Verslagen functioneringsgesprekken.
- Verbetermaatregelen.
- Actuele ontwikkelingen van invloed op kwaliteits- en zorgprocessen.
- Gesloten contracten.
- Opleidingsbehoeften medewerkers.
- Actueel overzicht bevoegd-/bekwaamheid medewerkers.
- Zorgzwaarte en deskundigheidsniveau medewerkers.
- Registratie zorgrisico's (zorginhoudelijke veiligheid).
- Offertes en contracten.
- Leveranciersbeoordelingen.
- Auditrapportages.
- Prestatie-indicatoren.



## 2.5. Kwaliteitsbeleid en doelstellingen

De kwaliteitsmedewerker stelt in overleg met de directie een jaarplanning op voor het behalen van de beoogde kwaliteitsdoelstellingen, de wijze en het tijdstip van het monitoren van de kwaliteitsnormen en de rapportage hierover. Op basis van de gegevens uit periodieke bewakingsmechanismen als interne audits, rapportages, registraties e.a. vindt een voortdurende analyse van de kwaliteit van de processen en producten plaats. De kwaliteitsmanager zorgt voor het vertalen van deze analyse in meetbare correctieve en preventieve maatregelen en de toetsing van de effectiviteit hiervan.

### 2.5.1. Kwaliteitsdoelstellingen en indicatoren

Kwaliteitsdoelstellingen zijn gerelateerd aan kwaliteitskenmerken:

#### Kwaliteitskenmerken

1. Geschikte, correcte zorg;
2. Beschikbaarheid;
3. Continuïteit van zorg;
4. Doeltreffendheid;
5. Doelmatigheid;
6. Gelijkwaardigheid;
7. Zorg gebaseerd op bewijs en kennis;

8. Op de zorgontvanger gerichte zorg met inbegrip van lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke integriteit;
9. Betrokkenheid van de zorgontvanger;
10. Cliënt-/patiëntveiligheid;
11. Tijdigheid/toegankelijkheid.

De zorgorganisatie definieert haar visie op/beleid voor kwaliteit en stelt kwaliteitskenmerken vast voor de eigen context/situatie.

#### Indicatoren

Door middel van indicatoren worden de resultaten van processen en resultaten van het product gemeten. De meting geeft informatie over de effectiviteit en kwaliteit van processen en de geleverde zorg. Tenminste zijn de prestatie indicatoren zoals afgeleid van kwaliteitskader verantwoorde zorg opgenomen. Daarnaast worden prestatie indicatoren verbonden aan verbetermaatregelen, zodat gemeten kan worden wat de effectiviteit en kwaliteit van ingezette verbetermaatregelen is.

#### 2.5.2. Management van middelen

De directie stelt de benodigde middelen vast die nodig zijn voor de uitvoering van de zorg-/dienstverlening. Dit is afgestemd op het beleid, de visie, de wensen van de cliënten en medewerkers, rand voorwaardelijke kaders en branchenormen.

#### Werkomgeving

1. Gebouwen, werkruimten en bijbehorende voorzieningen.

#### Veiligheid medewerkers

1. Benodigdheden om een veilige werkomgeving te creëren.

#### Uitvoeren zorg-/dienstverlening

1. De (hulp)middelen en materialen die nodig zijn voor de uitvoering van de zorg- en dienstverlening.
2. Opslag, bescherming en bewaring van persoonlijke gegevens en eigendommen van cliënten.
3. Opslag en beheersing van geneesmiddelen.

#### Beheer en kalibratie van middelen

1. Onderhoud van medische middelen die gebruikt worden tijdens de zorg-/dienstverlening aan de cliënt en eigendom zijn van de organisatie.

De organisatie motiveert medewerkers zich in te zetten voor het systeem en stelt middelen beschikbaar om het systeem succesvol te laten werken. De directie stelt de middelen, materialen en omgeving die nodig zijn voor het kwaliteitsmanagementsysteem beschikbaar en onderhoudt deze.

#### 2.5.3. Inkoop en uitbesteding

#### Diensten door derden voor de uitvoering van de zorg-/dienstverlening

1. Voorwaarden inzet onderaannemers / ZZP-ers.
2. Kwaliteitscontrole onderaannemers / ZZP-ers.

#### Leveranciers die het zorgproces (in)direct beïnvloeden

1. Leveranciersbeoordelingen.
2. Sluiten van contracten.

## 2.6. Klachtenregeling

Competente Zorg wil graag dat alle cliënten tevreden zijn over de zorg- en dienstverlening. Al onze medewerkers doen dan ook hun uiterste best met de grootste zorgvuldigheid te werken en rekening

te houden met uw wensen. Toch kan het gebeuren dat u van mening bent dat de zorgverlening verbeterd zou kunnen worden of dat u opmerkingen heeft. De tevredenheid van onze cliënt is voor ons zeer belangrijk. Door opmerkingen of klachten kan de organisatie haar dienstverlening verbeteren en de kwaliteit van de geleverde zorg verhogen. Als u niet tevreden bent, hebt u recht op een serieuze afhandeling van uw onvrede of klacht. Het is ook mogelijk dat familieleden en partners opmerkingen hebben over de kwaliteit van de zorg en de dienstverlening. Het reglement en de werkwijze van Competente Zorg voldoet aan de nieuwe wet WKKGZ.

Ondanks onze inspanningen, kunt u van mening zijn dat u niet zorgvuldig genoeg bent behandeld. Wij stellen het op prijs als u uw klacht met ons wilt bespreken. Een goed gesprek kan veel duidelijkheid verschaffen. Als wij niet weten dat u ontevreden bent, dan kunnen wij ook geen actie ondernemen om uw klacht te verhelpen.

### 2.6.1. Inschakelen ondersteuning

Als u niet tevreden bent of een klacht heeft, kunt u te allen tijden contact opnemen met het management van Competente Zorg. Zij kunnen samen met u op zoek gaan naar een oplossing of mogelijke alternatieven aandragen. Indien u niet met het management tot overeenstemming komt, kunt u zich wenden tot twee instanties.

#### 1. Klachtenfunctionaris van Competente Zorg

De klachtenfunctionaris behandelt alle binnenkomende klachten. De Klachtenfunctionaris luistert in eerste instantie naar uw verhaal en denkt mee over een oplossing. De Klachtenfunctionaris kan eventueel bemiddelen tussen u en het management. Daarnaast kan hij uitleg en informatie geven over het vervolg van de klachtenprocedure.

#### 2. Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG)

Het IKG geeft informatie over de rechten en plichten van de cliënt en kan u van advies dienen. Het IKG werkt onafhankelijk en is een onderdeel van het Regionaal Patiënten/Consumenten Platform via <https://adviespuntzorgbelang.nl/>

### 2.6.2. Beoordeling door de Klachtencommissie

Indien u niet met het management tot overeenstemming komt over de afhandeling van uw klacht, zal deze worden voorgelegd aan een onpartijdige instantie. Competente Zorg is aangesloten bij de Klachtencommissie van Branchevereniging ACTIZ. De Klachtencommissie onderzoekt uw klacht en doet een uitspraak over de gegrondheid ervan. De klachtencommissie kan daarbij een aanbeveling doen welke maatregelen genomen kunnen worden om herhaling te voorkomen. De klachtencommissie kan géén schadevergoeding toekennen. Voor een goede beoordeling verzamelt de Klachtencommissie alle informatie die zij nodig acht. Mogelijk wordt u gevraagd om (schriftelijk) een toelichting te geven op uw klacht. Misschien is het zelfs nodig dat zij uw dossier opvragen of andere betrokkenen horen. Hiervoor wordt eerst uw toestemming gevraagd. De uitspraak van de Klachtencommissie is niet bindend, maar over het algemeen zal het advies van de Klachtencommissie worden overgenomen. Als u wel een bindende, afdwingbare uitspraak wilt, moet u een andere procedure volgen, bijvoorbeeld bij het Regionaal Tuchtcollege of bij de burgerlijke rechter. Het IKG kan u hierover informeren en adviseren. Zowel het IKG, de klachtenfunctionaris als de Klachtencommissie gaan zorgvuldig om met uw privacy. Aan de klachtenprocedure zijn geen kosten verbonden.

## 2.7. Meten, analyseren en verbeteren



De organisatie moet de benodigde monitoring-, meet-, analyse- en verbeteringsprocessen plannen en invoeren om:

- a) Aan te tonen dat het product aan de eisen voldoet;
- b) Te bewerkstelligen dat het kwaliteitsmanagementsysteem aan de eisen voldoet; en
- c) De doeltreffendheid van het kwaliteitsmanagementsysteem continu te verbeteren.

Dit moet vaststelling van toepasbare methoden omvatten, met inbegrip van statistische technieken, en vaststelling van de mate van het gebruik ervan.

### 2.7.1. Metingen

#### Metten cliënttevredenheid

De klanttevredenheid wordt op verschillende wijzen gemeten. Iedere twee jaar wordt een CQ Meting uitgevoerd. Daarnaast wordt de klanttevredenheid gemeten door middel van de klachtenregistratie en analyse. Ook vinden tussentijds met de klant gesprekken plaats. Dit kan op initiatief van de klant of van COMPETENTE ZORG zijn.

#### Metten zorginhoudelijke veiligheid

COMPETENTE ZORG meet de prestatie indicatoren cliënt veiligheid jaarlijks door middel van de Zorginhoudelijke meting. Hiermee wordt gemeten of de beheersmaatregelen en het veiligheidsbeleid aan de eisen voldoet.

#### Metten tevredenheid medewerkers

COMPETENTE ZORG meet ieder jaar de tevredenheid van medewerkers door middel van een tevredenheidsonderzoek onder medewerkers. Daarnaast wordt de tevredenheid gemeten door middel van klachtenregistratie en analyse. COMPETENTE ZORG werkt in eerste instantie met medewerkers met een 0-uren contract uit te breiden naar medewerkers met een vast contract of indien nodig met ingeleend personeel (ZZP).

#### Metten veilige werkomgeving

Het Arbo beleid is vastgelegd in het hoofdstuk personeel. Er wordt systematisch gewerkt aan (de verbetering van) een gezonde en veilige werkomgeving voor medewerkers.

Ten aanzien van seksuele intimidatie, agressie, geweld of discriminatie is een vertrouwenspersoon beschikbaar. De werkwijze is vastgelegd. Indien tot zorgweigering overgegaan moet worden, wordt gehandeld volgens procedure zorgweigering.

Incidenten, (bijna) Ongevallen en gevaarlijke situaties in de zorgverlening waarbij medewerkers mogelijk nadeel ondervinden, worden gemeld door medewerkers. Hiervoor is een procedure meldingen medewerkers inclusief MIC registratieformulier vastgesteld.

#### Metten indicatoren

Om uitspraken te kunnen doen over de kwaliteit van zorg wordt de kwaliteit gemeten aan de hand van indicatoren. Een indicator is 'een meetbaar element van de zorgverlening dat functioneert als een mogelijke aanwijzing voor de kwaliteit van zorg'. Het betreft een kwantitatieve maat voor de verschillende kwaliteitsdomeinen.

COMPETENTE ZORG gebruikt interne audits om te meten of de realisatieprocessen effectief zijn. Met andere woorden of de realisatieprocessen zodanig zijn ingericht dat het effect ervan blijvend aan de eisen en verwachtingen van de klant voldoet.

Daarnaast wordt met periodieke rapportages inzicht gegeven in de kwaliteit van de uitvoering van processen. Volgens een vastgestelde frequentie en volgens vastgestelde methoden, wordt met behulp van indicatoren gemeten of gewenste resultaten behaald zijn.

#### Metten kwaliteit van dienstverlening

COMPETENTE ZORG meet op vastgestelde momenten tijdens het uitvoeringsproces of aan de eisen van de klant wordt voldaan. Dit doen wij door middel van checklists, voortgang schema's en controles zoals opgenomen in het zorgdossier en/of zorgleefplan.

#### Metten effectiviteit verbetermaatregelen

De effectiviteit van preventieve en corrigerende maatregelen wordt jaarlijks gemeten door middel van de evaluatiestap in de collectieve leercyclus.

### 2.7.2. Analyseren

COMPETENTE ZORG analyseert de kwaliteitsregistraties om daar waar nodig tot verbeteringen te kunnen komen. Deze gegevens hebben ten minste betrekking op:

- Client tevredenheid.
- Tevredenheid medewerkers.
- Zorgovereenkomst en zorgdossier
- Ervaringen van ketenpartners.
- Resultaten individuele cliëntevaluaties.
- Resultaten gemeten indicatoren.
- Resultaten toetsingen professionaliteit en deskundigheid medewerkers.
- Resultaten preventieve en corrigerende maatregelen.
- Actuele ontwikkelingen
- Klachten.
- Afwijkingen.
- Vastgestelde risico's
- Incidenten en calamiteiten.
- Leveranciersbeoordelingen.
- Effectiviteit kwaliteitssysteem.

### 2.7.3. Verbeteren

#### Planning voor continu verbetering

COMPETENTE ZORG doet permanent aan continue verbetering van haar producten en diensten. COMPETENTE ZORG heeft integraal binnen haar activiteiten opgenomen dat corrigerende en preventieve maatregelen, waar dan ook uit voorkomend, worden getoetst op effectiviteit. Deze effectiviteitsmetingen vinden zo mogelijk bij de klant plaats.

#### Corrigerende maatregelen

COMPETENTE ZORG beschikt over een procedure die aangeeft hoe corrigerende maatregelen worden doorgevoerd. De maatregelen worden getoetst op effectiviteit.

In dit handboek zijn de geplande verbeteracties direct beschreven onder het betreffende thema en/of onderwerp. Het is daarmee een "levend document" geworden en transparant voor alle medewerkers van COMPETENTE ZORG.

#### Preventieve maatregelen

COMPETENTE ZORG beschikt over een procesbeschrijving hoe preventieve maatregelen te initiëren en te behandelen. Ook wordt er tijdens de interne audits (afhankelijk van het doel van de audit) in meer of mindere mate aandacht geschonken aan het initiëren van preventieve maatregelen. Ook hier wordt het effect van de genomen maatregelen getoetst op effectiviteit.

## 2.8. Beoordeling effectiviteit kwaliteitssysteem.

## 2.8.1. Audits

### Interne audits

Doel interne audits:

- Vaststellen of het kwaliteitsmanagementsysteem volgens de richtlijnen van de norm is ingericht en wordt onderhouden.
- Vaststellen of de praktijk met de processen/richtlijnen overeenkomt
- Vaststellen of de effectiviteit optimaal is
- Verhogen van de efficiency van de bedrijfsprocessen.

COMPETENTE ZORG waarborgt door de keuze van auditors en het te auditen onderwerp dat de audits objectief en onpartijdig worden uitgevoerd. De audits worden planmatig uitgevoerd. De effecten van corrigerende en preventieve maatregelen worden in follow up audits gemeten.

### Externe audits & certificering

COMPETENTE ZORG streeft in 2018-2019 naar het Keurmerk en certificaat HKZ

### Directiebeoordelingen

De directie van COMPETENTE ZORG beoordeelt en verbetert zo nodig de werking van het kwaliteitssysteem door middel van een jaarlijkse directiebeoordeling aan de hand van de kwaliteitsdoelstellingen, interne audits, klachtenanalyse, effectiviteit van de genomen corrigerende en preventieve maatregelen, opleidingsevaluaties en de leveranciersbeoordelingen. De kwaliteitsmedewerker zorgt voor de verslaggeving en de informatieverspreiding naar de raad van toezicht, de cliëntenraad en de medewerkers.

# HOOFDSTUK VEILIGHEID

## 3. VEILIGHEID

### 3.1. Risicobeheersing

#### 3.1.1. Risicobeheersing kritische processen

De organisatie voert een risico-inventarisatie uit van de beschreven processen om vast te stellen welke risico's er zijn die de kwaliteit van de zorg- en/of dienstverlening voor cliënten kunnen beïnvloeden. De risico-inventarisatie vindt plaats met vooraf vastgestelde frequentie en in ieder geval bij een verandering/ wijziging die hierop invloed kan hebben.

1. De methode voor het uitvoeren van de risico-inventarisatie is vooraf bepaald door de organisatie.
2. De organisatie legt resultaten van de risico-inventarisatie vast en registreert eventuele maatregelen.
3. De organisatie stelt proces- en uitkomstindicatoren vast. Daarnaast hanteert de organisatie ook de landelijk vastgestelde indicatoren, zoals ten minste het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.
4. Op basis van de afweging van de risicoanalyse besluit de organisatie een risico te accepteren, te elimineren of te beheersen.

Een geschikte methode voor het uitvoeren van een risicoanalyse bevat in ieder geval de volgende elementen:

- De identificatie van alles wat fout kan gaan de classificatie van de mogelijke fouten (de ernst van de fout vermenigvuldigd met de kans op de fout)
- De afweging welke fouten verder onderzocht moeten worden en  Waartegen maatregelen genomen moeten worden.

Risicobeheersing en Veiligheid zijn belangrijke aandachtspunten die gedurende het primair proces voortdurend worden gevolgd. COMPETENTE ZORG laat zich hierbij adviseren door externe deskundigen op de gebieden van Arbo- en Veiligheid. Het thema Medicatie en Medicatieveiligheid en Verantwoord medicatiegebruik is opgenomen in het scholingsplan.

#### 3.1.2. Risicobeheersing op cliënt niveau

De organisatie inventariseert voor iedere individuele cliënt de risico's voor de uitvoering van de zorg- en/of dienstverlening en stelt deze vast. Bij wijzigingen die hier invloed op hebben, inventariseert de organisatie de risico's opnieuw. De methode voor het uitvoeren van de risico-inventarisatie is vooraf bepaald. De organisatie houdt voor de uitvoering van de zorg- en/of dienstverlening rekening met de uitkomsten van de risico-inventarisatie die betrekking hebben op de cliënt. De maatregelen worden vastgelegd in het zorgleefplan.

### 3.2. Gedragscode (bijlage 4)

#### 3.2.1. Doel en toepassingsgebied

Doel	Deze gedragscode (zie bijlage 4) geeft helderheid over de heersende normen en regels binnen COMPETENTE ZORG, B.V. Het doel hiervan is dat zorgzorgverleners bewust zijn van deze normen.
------	---

Toepassingsgebied	Dit reglement beschrijft de wijze waarop zorgverleners moeten werken met de regels van de organisatie ter ondersteuning van verantwoorde zorg-/dienstverlening. [naam organisatie] heeft een bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering indien er schade is ontstaan aan eigendommen van cliënten. COMPETENTE ZORG verzamelt bij schade zoveel mogelijk gegevens omtrent het ontstaan van de schade alsmede de onderbouwing van het schadebedrag.
Datum opstellen	01-11-2017
Frequentie evaluatie	iedere 2 jaar. bij wijzigingen in de samenstelling. bij wettelijke wijzigingen.

### 3.2.2. Gebruikte bronnen

3.1	Wettelijk kader	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg	
3.2	Richtlijnen	Kwaliteitskader verantwoorde zorg	

## 3.3. Melding incidenten

Werkinstructie en richtlijn voor het melden van incidenten

### 3.3.1. Doel

Het correct en tijdig melden van fouten en incidenten, zodat er preventieve en correctieve maatregelen kunnen worden genomen om de veiligheid en de kwaliteit van de cliëntenzorg en de arbeidsomstandigheden van de medewerkers te vergrootten.

### 3.3.2. Veilig incidenten melden

Om veilig te kunnen melden is een veilige cultuur binnen de organisatie noodzakelijk, waarbij het niet gaat om het falen van personen maar om het ontbreken of niet goed functioneren van procedures en afspraken. Meldingen van incidenten worden anoniem verwerkt in kwartaal- en jaarrapportages. Medewerkers en zorgverleners worden op de hoogte gehouden van resultaten en eventueel genomen preventieve – en corrigerende maatregelen.

### 3.3.3. Doelgroep

Alle zorgmedewerkers, huishoudelijk medewerkers, kantoorpersoneel en eventuele Zzp-ers  
Competente Zorg BV bewaakt en bevordert de kwaliteit van zorg.

### 3.3.4. Middelen

MIC formulieren, MIM formulieren, Werkinstructie Valcalamiteiten IGZ-melding (zie bijlage 5)

### 3.3.5. Begripsbepaling

**Fout:** Is een afwijking van een situatie ten opzichte van de ideale situatie, met meestal ongewenste gevolgen. Het betreft het handelen van zorgverleners of het nalaten van handelen door zorgverleners, waardoor schade ontstaat voor een cliënt of de zorgverlener zelf. (inschatten van een situatie, oplossen van een probleem, ‘rekenfout’, aandacht in de taakuitvoering)

**Ongeluk:** Is een gebeurtenis waarbij iets misgaat en waarbij meestal schade optreedt. Vaak een van buiten de cliënt of zorgverleners komende gebeurtenis, waardoor schade aan een cliënt ontstaat en waarbij geen sprake is van een fout.

**Bijna ongeluk:** Een ongeluk waarbij door niet gepland ingrijpen of een toevallige gebeurtenis wordt voorkomen of dat schade wordt veroorzaakt.

**Calamiteit:** Is een aanduiding voor een (natuur) ramp of niet verwachte gebeurtenis die ernstige schade kan veroorzaken. (bijv. brand) Iedere niet verwachte gebeurtenis bij een medische, verpleegkundige of verzorgende handeling of bij de toepassing van medische hulpmiddelen, apparatuur of geneesmiddelen, gedurende het transport, diagnostiek, behandeling, of verzorging van een cliënt, of huishouden, die ernstig schadelijk gevolgen (levensbedreigend) voor die cliënt heeft geleid.

Fouten, ongevallen en bijna ongevallen worden incidenten genoemd.

*NB: Een fout of (bijna) ongeluk, waarbij schade aan een medewerker ontstaat, of waarbij risico voor schade aanwezig is, wordt gemeld op het Melding Incidenten Medewerker (MIM) formulier en door het bestuur verder afgehandeld.*

Nr	Functie	Activiteit
1	Verpleegkundigen, zorgverleners, huishoudelijke medewerkers, (evt. zzp-ers), zorgcoördinatoren/planners en ander personeel.	<p>Indien er sprake is van één van bovenstaande fouten/incidenten/calamiteiten, wordt er direct na de gebeurtenis een melding gemaakt. (binnen 24 uur). De melding wordt gedaan op het hiervoor bestemde formulier. (zit in het zorgdossier). De melding wordt gedaan door:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Bij voorkeur de directe betrokkene</li> <li>· Andere betrokkenen</li> <li>· De zorgverlener kan de informatie m.b.t. het incident ook telefonisch doorgeven aan de zorgcoördinator, voor verdere digitale vastlegging.</li> </ul> <p>Voorbeelden van incidenten die altijd gemeld moeten worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Valincidenten</li> <li>· Het vergeten van een handeling</li> <li>· Het toedienen van een verkeerde (dosis) medicatie</li> <li>· Het vergeten van verstrekken van medicatie</li> <li>· Het uitvoeren van een verkeerde handeling</li> <li>· Misbruik of vermoeden inname schadelijke stoffen</li> <li>· Til/ transfer incidenten</li> <li>· Verbranden/brand</li> </ul>
2	Directie en bestuur	<p>Calamiteiten</p> <p>Indien er sprake is van een (zeer) ernstige gebeurtenis/calamiteit dient deze direct, bij de directie te worden gemeld. Er wordt door directie en het bestuur ook direct een melding gemaakt bij de inspectie voor de gezondheidszorg (via <a href="http://www.igz.nl">www.igz.nl</a> ga naar onderwerpen, zie meldingen)</p> <p>Indien er sprake is van een valcalamiteit, is er een specifieke werkinstructie opgesteld zie werkinstructie Valcalamiteiten IGZ melding</p> <p>Als de calamiteit betrekking heeft op een medewerker wordt er direct een melding gedaan bij de Arbeidsinspectie. Inspectie sociale zaken en</p>

		<p>werkgelegenheid telefoon 7x 24 uur 0800 5151  <a href="http://www.SWZ.nl">www.SWZ.nl</a></p> <p>Er is sprake van een ernstige gebeurtenis /calamiteit in de volgende gevallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Als de cliënt aan de gevolgen overlijdt.</li> <li>• Als de cliënt ernstig lichamelijk of geestelijk letsel oploopt.</li> <li>• Als de cliënt in een ziekenhuis opgenomen moet worden en/of gebruik moet maken van de eerste hulp van een ziekenhuis.</li> <li>• Als de cliënt blijvende schade aan de gezondheid oploopt (of bij een redelijk medisch vermoeden hiervan).</li> </ul>
3	Directie c.q. administratie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De MIC of MIM-melding innemen of' de MIC/MIM zelf invullen tijdens telefonisch contact met melder.</li> <li>• In beide gevallen wordt de melding digitaal verwerkt in IO onder 'profiel vragenlijsten' bij de cliënt.</li> <li>• Onderneemt indien nodig, acties ter verdere afhandeling van de melding.</li> <li>• Registreert de ondernomen acties digitaal op het MIC formulier</li> <li>• Brengt bij ernstige gebeurtenissen/calamiteiten de directie en het bestuur direct op de hoogte.</li> </ul>
4	Administratie (naderhand Kwaliteitsfunctionaris)	<p>Draait elk jaar een rapportage van alle meldingen uit IO en verwerkt deze in de jaarrapportage.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aantal meldingen</li> <li>• Soort meldingen</li> <li>• Oorzaak van het incident</li> <li>• Gevolgen van het incident voor de cliënt</li> <li>• Maatregelen</li> </ul>
5	Directie en bestuur en evt. kwaliteitsfunctionaris	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergadert 1x per jaar</li> <li>• Bespreken de rapportages van alle recente MIC/MIM meldingen</li> <li>• besluiten (als hiertoe aanleiding is) om preventieve en corrigerende maatregelen toe te passen</li> <li>• Maakt een jaarverslag van werkzaamheden op het gebied van incidentmeldingen</li> </ul>
6	Directie en Bestuur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het jaarverslag van de incidentmeldingen wordt voorgelegd aan en besproken met de cliëntenraad.</li> <li>• Adviezen van de cliëntenraad over voorgenomen verbeteracties worden meegenomen in het jaarplan.</li> </ul>

### 3.4. Mishandeling en misbruik in gezinssituatie (bijlage 2 en 3)

### 3.4.1. Doel en toepassingsgebied

Doel	Deze werkinstructie beschrijft de handelwijze indien de zorgverlener en/of organisatie mishandeling en/of misbruik vermoeden in de gezinssituatie.
Toepassingsgebied	Bij vermoeden van huiselijk geweld
Datum opstellen	01-11-2017
Frequentie evaluatie	Jaarlijks

### 3.4.2. Revisies

Revisie datum	Hoofdstuk	Paragraaf	Wijziging	Gewijzigd door	Geautoriseerd door
01-03-2016	Volledig	Volledig	Nieuwe versie	Kwaliteitscoördinator	Directie

### 3.4.3. Gebruikte bronnen

3.1	Wettelijk kader		Wet Meldcode Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg	
-----	-----------------	--	--	--

#### TOELICHTING

Ingaande 01 januari 2012 is de wet voor het verplichte gebruik van de Meldcode Huiselijk Geweld (zie bijlage 2) en Kindermishandeling (zie bijlage 3) van kracht. De meldcode moet worden gebruikt in diverse beroepsgroepen waaronder ook de thuiszorg.

## 3.5. Vermoeden (huiselijk) geweld door zorgverlener

### 3.5.1. Meldpunt Ouderenmishandeling in de zorg

Het Meldpunt Ouderenmishandeling in de zorg van de IGZ is er voor slachtoffers van ouderenmishandeling, hun naasten, zorgprofessionals en bestuurders van zorginstellingen. Zij kunnen bij het Meldpunt melding maken van ouderenmishandeling gepleegd door medewerkers in de zorg.

#### **Wat kun je bij het Meldpunt Ouderenmishandeling in de zorg?**

- Lichamelijke mishandeling, zoals slaan, knijpen of vastbinden.
- Psychische mishandeling zoals pesten, bedreigen, afsnauwen of uitschelden.
- Seksueel misbruik.
- Verwaarlozing, zoals het niet geven van eten en drinken.
- Diefstal van geld of eigendommen.
- Ontnemen van rechten zoals het weghouden van bezoek en post.

#### **Hoe kunt u melden bij het Meldpunt Ouderenmishandeling in de zorg?**

Op de website van de IGZ (volg deze link) is een digitaal meldingsformulier te vinden. Je kunt de melding dus online doen. In dit digitale formulier worden vragen gesteld met betrekking tot de volgende onderwerpen:

1. Gegevens van het slachtoffer/de slachtoffers.
2. Gegevens van de vermeende pleger(s).
3. De gegevens van u als melder.
4. De omschrijving van het incident of de situatie die u wilt melden.



**Daarnaast kun je via de volgende kanalen melding doen:**

1. Via het telefoonnummer: 088 120 50 50 (werkdagen 09.00 tot 17.00 uur, lokaal tarief)
2. Via de mail: [ouderenmishandeling@igz.nl](mailto:ouderenmishandeling@igz.nl)
3. Via de Fax: 088 120 50 01
4. Via de post: Postbus 2680, 3500 GR UTRECHT

**Wat gebeurt er met een melding?**

De melder ontvangt bericht over wat er met de melding gebeurt. Als het Meldpunt uw melding in behandeling neemt, betekent dit dat het Meldpunt in samenspraak met de betrokken zorginstelling onderzoek doet naar de melding. De IGZ ziet er op toe dat zorginstellingen hun verantwoordelijkheid nemen in goede en veilige zorg voor ouderen. De IGZ kan maatregelen nemen wanneer zorgorganisaties onvoldoende optreden tegen de mishandeling. Meldingen zijn daarnaast een cruciale informatiebron over de kwaliteit van zorg. Het Meldpunt kan dan ook van grote meerwaarde zijn voor de kwaliteit van de zorg.

**Wat kan de IGZ doen als er sprake is van ouderenmishandeling in de zorg?**

De maatregelen van de IGZ lopen uiteen. De IGZ kan de zorgorganisaties stimuleren tot betere aanpak voor voorkoming ouderenmishandeling. Maar de IGZ kan ook aangifte doen tegen vermoedelijke

3.5.2. CONCRETISEREN (Beantwoord de vragen)

<input type="checkbox"/>	<b>Stap 1 – In kaart brengen signalen</b>  Wat vind ik? Wat zijn concreet mijn zorgen?	Waarop baseer ik mijn zorgen? Gaat het om vermoedens of feiten? Wat heb ik zelf gezien en wat heb ik van anderen gehoord? Wat weet ik zelf al? Wat weet ik nog niet? Heb ik een beeld hoe de ouders denken? Beantwoording:
<input type="checkbox"/>	<b>Stap 2 – Overleggen met collega's en eventueel veilig thuis.</b>  Wat vinden mijn directe collega's?	Zie ik aspecten over het hoofd? Sterken/ nuanceren mijn collega's mijn zorgen? Sterken / nuanceert het contact met Veilig thuis mijn zorgen. Is hiervoor de expertise van een andere professional, vanuit een andere discipline nodig? Met welke andere betrokken professional(s) wil ik mijn zorgen bespreken?  Beantwoording:
<input type="checkbox"/>	<b>Stap 3 – Gesprek met betrokkenen</b>	Verslag:

**Stap 4 – Wegen huiselijk geweld / kindermishandeling / ouderenmishandeling**

<input type="checkbox"/>	<b>ACTIE ONDERNEMEN</b>	Ik heb WEL concrete aanwijzingen voor huiselijk geweld / kindermishandeling / ouderenmishandeling?
--------------------------	-------------------------	--

	Welke signalen komen naar voren uit de checklist?	
<input type="checkbox"/>	<b>GEEN ACTIE ONDERNEMEN</b>	Ik heb GEEN concrete aanwijzingen voor huiselijk geweld / kindermishandeling / ouderenmishandeling?
	Motivatie 'geen actie ondernemen'	

**Stap 5 – Beslissen over hulp organiseren of melden**

<input type="checkbox"/>	<b>ACTIE ONDERNEMEN</b>	Welke beslissing wordt genomen
	Zelf organiseren of melden	

# HOOFDSTUK PERSONEEL

## 4. PERSONEEL

### 4.1. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden

COMPETENTE ZORG maakt gebruik van Zelfstandige Zorgprofessionals (ZZPers) en medewerkers die een contract krijgen en hanteert de volgende criteria bij verlenen van de opdracht of inzet van personeel.

Voldoet de medewerker

1. aan het profiel van COMPETENTE ZORG
2. aan de kwaliteitseisen/kwalificaties voor Verantwoorde Zorg
3. beheersing van de Nederlandse taal en aan de schriftelijke en mondelinge uitdrukingsvaardigheden
4. aan de gedragscode van COMPETENTE ZORG
5. Is de cliënt tevreden met de medewerker of moet dit worden bijgesteld.
6. Is de medewerkers bereid deel te nemen aan deskundigheidsbevordering en hierin te investeren
7. Zijn de noodzakelijk documenten van ZP op orde (inschrijving KvK, Modelovereenkomst i.p.v VAR)

Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd in functieomschrijvingen (zie bijlage 1 voor voorbeeld). Deze functieomschrijvingen worden systematisch op de volgende wijze beschreven:

1. Taken.
2. Bevoegdheden.
3. Verantwoordelijkheden.

De functieomschrijvingen zijn opgesteld op basis van relevante beroepsprofielen en worden jaarlijks gescreend op actualiteit.

### 4.2. Deskundigheidsbevordering en scholing (zie hoofdstuk 5. Opleiding)

COMPETENTE ZORG werkt samen met een gepromoveerde onderwijskundige en heeft contacten met de Open Universiteit, Zuyd Hogeschool en Arcus. Er wordt een opleidingsplan gemaakt voor COMPETENTE ZORG en waarin bij- en nascholingen een sterke rol spelen.

Dit opleidingsplan wordt in 2017-2018 verder vormgegeven.

# PRIVACY

## 5. PRIVACY

### ALGEMENE VERORDENING GEGEVENSBESCHERMING (PRIVACY WETGEVING)

Per 25 mei 2018 geldt de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Vanaf die datum geldt dezelfde privacywetgeving in de hele EU. Nu hebben de lidstaten nog hun eigen nationale wetten, gebaseerd op de Europese privacyrichtlijn uit 1995.

Iedere zorgaanbieder verwerkt persoonsgegevens. Op dit moment gelden hiervoor nog de privacy verplichtingen uit de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Vanaf 25 mei 2018 wordt de Wbp vervangen door de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). De AVG kent een aantal dezelfde uitgangspunten en begrippen als de Wbp maar introduceert ook nieuwe verplichtingen voor de verwerkingsverantwoordelijke en de organisaties die als verwerker van persoonsgegevens (onder de Wbp: bewerker) worden ingeschakeld.

#### 5.1. Rechten van betrokkenen

Onder de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) krijgen mensen meer mogelijkheden om voor zichzelf op te komen als hun persoonsgegevens worden verwerkt. Hun bestaande privacyrechten worden uitgebreid en er gelden 2 nieuwe rechten.

#### 5.2. De AVG-privacyrechten

##### 5.2.1. Het recht op dataportabiliteit.

Onder de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) krijgen mensen het recht op dataportabiliteit, oftewel overdraagbaarheid van persoonsgegevens.

In de AVG (artikel 20) heet dit het 'recht om gegevens over te dragen'. Het houdt in dat mensen het recht hebben om de persoonsgegevens te ontvangen die een organisatie van hen heeft.

Zo kunnen zij hun gegevens bijvoorbeeld makkelijk doorgeven aan een andere leverancier van dezelfde soort dienst. Ook kunnen mensen vragen om gegevens rechtstreeks over te dragen aan een andere organisatie.

##### 5.2.2. Het recht op vergetelheid.

In Artikel 17 van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) is het zogeheten recht op vergetelheid opgenomen. Dit recht houdt in dat Competente Zorg (hierna te noemen: de organisatie) in een aantal gevallen persoonsgegevens moet wissen als een betrokkene (diegene van wie de organisatie gegevens verwerkt) erom vraagt.

##### **Voorwaarden recht op vergetelheid**

Het recht op vergetelheid geldt niet altijd. Alleen in de volgende situaties is het recht op vergetelheid van toepassing:

- Niet meer nodig  
De organisatie heeft de persoonsgegevens niet meer nodig voor de doeleinden waarvoor de organisatie ze heeft verzameld of waarvoor de organisatie ze verwerkt.

- Intrekken toestemming  
De betrokkene heeft eerder (uitdrukkelijke) toestemming gegeven aan de organisatie voor het gebruik van zijn gegevens, maar trekt die toestemming nu in.
- Bezwaar  
De betrokkene maakt bezwaar tegen de verwerking. Er geldt op grond van artikel 21 van de AVG een absoluut recht van bezwaar tegen direct marketing. En een relatief recht van bezwaar als de rechten van de betrokkene zwaarder wegen dan het belang van de organisatie om de persoonsgegevens te verwerken.
- Onrechtmatige verwerking  
De organisatie verwerkt de persoonsgegevens onrechtmatig. Bijvoorbeeld omdat er geen wettelijke grondslag is voor de verwerking.
- Wettelijk bepaalde bewaartermijn  
De organisatie is wettelijk verplicht om de gegevens na bepaalde tijd te wissen.
- Kinderen  
De betrokkene is jonger dan 16 jaar en de persoonsgegevens zijn verzameld via een app of website ('dienst van de informatiemaatschappij').

#### **Verschil met nu**

Het recht op vergetelheid lijkt op het huidige recht op correctie en verwijdering (artikel 36 van de Wet bescherming persoonsgegevens). Maar het recht op vergetelheid is breder. Het recht is niet meer – zoals nu – beperkt tot het verwijderen van objectief onjuiste gegevens, onvolledige gegevens of niet ter zake doende gegevens.

#### 5.2.3. Recht op inzage.

De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) geeft mensen meer zeggenschap over hun persoonsgegevens. Ze hebben het recht om Competente Zorg (de organisatie) te vragen welke gegevens men van hen heeft. Ze mogen ook vragen deze gegevens in te zien. In de AVG (artikel 15) staat dit recht beschreven als 'recht op inzage'.

Bij inzageverzoeken moet de organisatie laten weten:

- Waarom bepaalde gegevens worden verwerkt.
- Welke soorten persoonsgegevens verzameld zijn.
- Indien van toepassing: aan welke organisaties de persoonsgegevens doorgegeven zijn. Dit geldt ook voor gegevens die doorgegeven worden aan organisaties in andere landen of aan internationale organisaties.
- Hoe lang men de persoonsgegevens bewaart. Als dat niet precies aangeven kan worden, moet men duidelijk kunnen maken welke criteria men hanteert om een bewaartermijn te bepalen.
- Welke privacyrechten mensen hebben: het recht om hun persoonsgegevens te laten wijzigen, aanvullen of wissen, om te vragen om minder persoonsgegevens te verwerken en om bezwaar te maken als hun persoonsgegevens verwerkt worden.
- Dat mensen het recht hebben om een klacht in te dienen bij de Autoriteit Persoonsgegevens.
- Indien van toepassing: van welke organisatie persoonsgegevens zijn ontvangen als Competente Zorg deze niet zelf heeft verzameld bij de betrokken personen.
- Indien van toepassing: op basis van welke logica Competente Zorg een geautomatiseerd besluit over iemand neemt.

#### 5.2.4. Recht op rectificatie en aanvulling.

De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) geeft mensen het recht om onjuiste persoonsgegevens te laten wijzigen. Of om hun persoonsgegevens aan te vullen. In de AVG (artikel 16) staat dit recht beschreven als 'recht op rectificatie'.

Competente Zorg is er verantwoordelijk voor dat de persoonsgegevens die verwerkt zijn, juist zijn. En dat deze gegevens geactualiseerd worden als dat nodig is.

Zijn persoonsgegevens, gelet op de doeleinden waarvoor die verwerkt zijn, onjuist? Dan zijn wij verplicht om alle redelijke maatregelen te nemen om die gegevens te rectificeren of aan te vullen. Dus ook als iemand ons erop wijst dat zijn gegevens niet kloppen. Of onvolledig zijn.

#### *Derde partijen informeren*

Hebben wij onjuiste of onvolledige persoonsgegevens aan derde partijen verstrekt? Dan moeten wij de aangepaste of aangevulde gegevens ook aan deze organisaties doorgeven.

Als een betrokkene daar om vraagt, moeten wij ook vertellen welke organisaties wij op die manier hebben geïnformeerd.

#### 5.2.5. Het recht op beperking van de verwerking:

De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) geeft mensen in bepaalde situaties het recht op beperking van het gebruik van hun gegevens. In de AVG (artikel 18) staat dit recht omschreven als het 'recht op beperking van de verwerking'.

#### *Criteria recht op beperking van de verwerking*

Het recht op beperking van de verwerking geldt in situaties die voldoen aan een van de volgende criteria:

- Gegevens zijn mogelijk onjuist  
Geeft iemand aan dat de organisatie onjuiste persoonsgegevens gebruikt? Dan mogen wij deze gegevens niet gebruiken zolang wij nog niet hebben gecontroleerd of de gegevens wel kloppen.
- De verwerking is onrechtmatig  
Wij mogen bepaalde gegevens niet verwerken, maar de betrokkene wil niet dat wij de gegevens wissen. Bijvoorbeeld omdat hij de gegevens later nog wil opvragen.
- Gegevens zijn niet meer nodig  
de organisatie heeft de persoonsgegevens niet meer nodig voor het doel waarvoor wij ze hebben verzameld. Maar de betrokkene heeft de persoonsgegevens nog wel nodig voor een rechtsvordering. Bijvoorbeeld een juridische procedure waarbij hij betrokken is.
- Betrokkene maakt bezwaar  
Maakt iemand bezwaar tegen het verwerken van zijn persoonsgegevens? Dan moeten wij stoppen met deze gegevens te verwerken. Tenzij wij dwingende gerechtvaardigde gronden voor de verwerking aanvoeren die zwaarder wegen dan de belangen, rechten en vrijheden van de betrokkene. Zo lang nog niet duidelijk is of onze gronden zwaarder wegen, mogen wij de gegevens niet verwerken.

#### *Derde partijen informeren*

Hebben wij de betreffende persoonsgegevens aan andere partijen verstrekt? Dan moeten wij deze organisaties laten weten dat wij het gebruik van deze gegevens hebben beperkt. En dat zij dat dus ook moeten doen.

Als iemand van wie wij persoonsgegevens verwerken er om vraagt, moeten wij ook vertellen welke organisaties wij op die manier hebben geïnformeerd.

### 5.2.6. Het recht met betrekking tot geautomatiseerde besluitvorming en profilering.

Sommige organisaties nemen een besluit op basis van automatisch verwerkte gegevens. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij profilering. De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) geeft mensen recht op een menselijke blik bij besluiten die over hen gaan.

Voorbeelden zijn de automatische weigering van een online ingediende kredietaanvraag of verwerking van sollicitaties via internet zonder menselijke tussenkomst.

Wilt Competente Zorg een besluit nemen op basis van automatisch verwerkte gegevens? En zitten daar voor de betrokken persoon consequenties aan? Dan heeft deze persoon het recht zich te beroepen op dit artikel. Dat betekent dat wij een nieuw besluit moeten nemen waarbij een mens de gegevens heeft beoordeeld.

### 5.2.7. Het recht om bezwaar te maken tegen de gegevensverwerking.

De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) geeft mensen het recht om bezwaar te maken tegen het verwerken van hun persoonsgegevens. In de AVG staat dit recht beschreven als 'recht van bezwaar'.

Verwerkt Competente Zorg als organisatie persoonsgegevens op grond van een taak van algemeen belang? Of op grond van een gerechtvaardigd belang? Dan hebben de betrokkenen – de mensen van wie wij gegevens verwerken – altijd het recht om bezwaar te maken tegen deze verwerking van hun gegevens.

- Verwerking stoppen of beperken

Maakt iemand bezwaar tegen het verwerken van zijn persoonsgegevens? Dan moeten wij stoppen met deze gegevens te verwerken.

Tenzij de organisatie dwingende gerechtvaardigde gronden voor de verwerking aanvoert die zwaarder wegen dan de belangen, rechten en vrijheden van de betrokkene. Of die te maken hebben met een rechtsoverweging.

Let op: zo lang nog niet duidelijk is of onze gronden zwaarder wegen, mag Competente Zorg de betreffende gegevens niet verwerken. Wij stellen dan een beperking van de verwerking in.

- Direct marketing

Gebruikt Competente Zorg persoonsgegevens voor direct marketing? Dan hebben betrokkenen altijd het recht om hiertegen bezwaar te maken. Ook als het gaat om profilering voor deze marketingdoeleinden.

Maakt iemand bezwaar tegen het verwerken van zijn persoonsgegevens voor direct marketing? Dan moeten wij hier hoe dan ook direct mee stoppen.

#### *Informereren over recht van bezwaar*

Competente Zorg moet betrokkenen informeren over het recht op bezwaar. Dit moet uiterlijk op het moment van het eerste contact met de betrokkene geschieden. Deze informatie moet duidelijk en gescheiden van andere informatie aangeboden worden.

### 5.2.7. Het recht op duidelijke informatie

Onder de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) heeft de organisatie een informatieplicht. Dat betekent dat wij verplicht zijn om nieuwe en bestaande klanten duidelijk te informeren over wat wij met hun persoonsgegevens doen. In de praktijk is een online privacyverklaring de meest handige manier om hier aan te voldoen.

In de AVG staat dat de informatie over verwerkingen in principe schriftelijk gegeven moet worden. De beste manier om er zeker van te zijn dat onze informatie voor de meeste mensen goed vindbaar is, is het publiceren van een online privacyverklaring

## Verantwoordingsplicht

Onder de AVG geldt de verantwoordingsplicht. Dat betekent dat Competente Zorg aan de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) moet kunnen aantonen dat wij aan de AVG voldoen. Wij moeten onder meer kunnen laten zien dat wij mensen goed hebben geïnformeerd over de verwerking van hun persoonsgegevens. Wij kunnen hiervoor de privacyverklaring gebruiken.

Ook kunnen mensen bij de AP klachten indienen over de manier waarop u met hun gegevens omgaat. De AP is verplicht deze klachten te behandelen.

## 5.3. Overzicht verwerkingen

We moeten alle gegevensverwerkingen in kaart brengen. Documenteren van welke persoonsgegevens wij verwerken en met welk doel wij dit doen, waar deze gegevens vandaan komen en met wie wij ze delen.

Onder de AVG heeft u een [verantwoordingsplicht](#), wat inhoudt dat u moet kunnen aantonen dat uw organisatie in overeenstemming met de AVG handelt.

Het bijhouden van een [register van verwerkingsactiviteiten](#) is onderdeel van de verantwoordingsplicht.

U kunt het register ook nodig hebben als betrokkenen hun privacyrechten uitoefenen. Als zij u vragen hun gegevens te corrigeren of verwijderen, moet u dit doorgeven aan de organisaties waarmee u hun gegevens heeft gedeeld.

## 5.4. Data protection impact assessment (DPIA)

Onder de AVG kunt men verplicht zijn een zogeheten [data protection impact assessment \(DPIA\)](#) uit te voeren. Dat is een instrument om vooraf de privacyrisico's van een gegevensverwerking in kaart te brengen. En vervolgens maatregelen te kunnen nemen om de risico's te verkleinen.

## 5.5. Privacy by design & privacy by default

Wij maken onze organisatie nu al vertrouwd met de onder de AVG verplichte uitgangspunten van privacy by design en privacy by default en ga na hoe u deze beginselen binnen uw organisatie kunt invoeren.

- **Privacy by design** houdt in dat men er al bij het ontwerpen van producten en diensten voor zorgt dat persoonsgegevens goed worden beschermd. Maar bijvoorbeeld ook dat men niet meer gegevens verzamelt dan noodzakelijk voor het doel van de verwerking. En dat men de gegevens niet langer bewaart dan nodig.
- **Privacy by default** houdt in dat men technische en organisatorische maatregelen moet nemen om ervoor te zorgen dat men, als standaard, alléén persoonsgegevens verwerkt die noodzakelijk zijn voor het specifieke doel dat men wilt bereiken.

## 5.6. Functionaris voor de gegevensbescherming

Onder de AVG kunnen organisaties verplicht zijn om een functionaris voor de gegevensverwerking (FG) aan te stellen. Dit geldt ook voor onze organisatie.

Vanaf 1 april 2018 is hiertoe mw. M. Goes-Daniels aangewezen.



## 5.7. Meldplicht datalekken

De meldplicht datalekken blijft onder de AVG grotendeels hetzelfde. De AVG stelt wel strengere eisen aan onze eigen registratie van de datalekken die zich in onze organisatie hebben voorgedaan. Wij moeten alle datalekken documenteren. Met deze documentatie moet de AP kunnen controleren of wij aan de meldplicht hebben voldaan.

Dit gaat verder dan de huidige protocolplicht uit de Wet bescherming persoonsgegevens, die alleen betrekking heeft op de gemelde datalekken.

De Europese privacytoezichthouders hebben in oktober 2017 [guidelines gepubliceerd over de meldplicht datalekken](#) onder de AVG.

Deze guidelines zijn nog niet definitief, maar staan open voor publieke consultatie. Wanneer de guidelines definitief zijn, kunnen wij u volledig informeren over de meldplicht datalekken onder de AVG.

## 5.8. Verwerkersovereenkomsten

Voor de gegevensverwerking door DINZ is een bewerkersovereenkomst gesloten. Deze wordt z.s.m. vervangen door verwerkingsovereenkomsten die voldoen aan de eisen die de AVG aan verwerkersovereenkomsten stelt.

## 5.9. Toestemming

Nieuw is dat we moeten kunnen aantonen dat wij geldige toestemming van mensen heeft gekregen om hun persoonsgegevens te verwerken. En dat het voor mensen net zo makkelijk moet zijn om hun toestemming in te trekken als om die te geven.

### *Specifiek en geïnformeerd*

Twee van de eisen die de AVG stelt aan 'toestemming' zijn dat deze 'geïnformeerd' en 'specifiek' gegeven is. Om geldige toestemming aan te tonen is het dan ook essentieel dat u kunt laten zien op basis van welke informatie de betrokken personen de toestemming hebben gegeven. Het is dus onvoldoende om alleen de toestemming zelf vast te leggen.

# HOOFDSTUK ONDERWIJS EN OPLEIDING

## 6. OPLEIDINGSPLAN COMPETENTE ZORG (NOG VORM TE GEVEN)

### 6.1. Kenmerken van de organisatie

COMPETENTE ZORG heeft in haar beleidsvoornemen voor 2016 en 2017 uitgesproken de kwaliteit van haar dienstverlening niet alleen te borgen in het Handboek Kwaliteit, Veiligheid en Opleiding maar ook daadwerkelijk te gaan implementeren binnen de organisatie.

Gekwalificeerde medewerkers en of kwalificatie eisen die gesteld worden aan het inlenen van ZZP'ers, worden steeds belangrijker, ook voor kleine zorgondernemers. Veranderingen van Wetgeving in ons zorgstelsel, de uitvoering van Voorbehouden Handelingen, Medicatie en Medicatieveiligheid, je kunt er niet meer omheen en hiervoor is een opleidingsplan gemaakt.

Een voorbeeld van de ontwikkelingen die voor dit opleidingsplan relevant kunnen zijn:

- De reorganisatie van Wet- en Regelgeving;
- nieuwe (technologische) medische ontwikkelingen;
- veranderende klantenwensen;
- nieuwe stijl van werken en / of van leidinggeven;
- ons onderscheidend vermogen in de markt als COMPETENTE ZORG
- concurrentie;
- kwalificatie eisen gesteld aan personeel door veranderingen in wet- en regelgeving.
- Het zorgvuldig rapporteren in het zorgleefplan
- De meldcode Huiselijk Geweld
- Klantgerichtheid, mantelzorg, zelfredzaamheid stimuleren en regie behouden van cliënten
- Toenemende problematiek in de ouderenzorg

### 6.2. Wat willen we met opleidingen

COMPETENTE ZORG wil innoverend zijn en een stap voor blijven op de concurrentie. Daarvoor moeten medewerkers, stagiaires en opleidingen een bijdrage leveren aan de doelen van de organisatie. Dit gebeurt door het werken in zogenaamde Communities of Practice and Care (CoPs). Zo maken we optimaal gebruik van alle kennis en vaardigheden van ons personeel en het netwerk.

Zorgprofessionals zijn onontbeerlijk voor het functioneren en het resultaat van de organisatie. Daarom leren we de medewerkers om hun kennis en vaardigheden te ontwikkelen, zodat die optimaal inzetbaar zijn voor de organisatie COMPETENTE ZORG. In het ideale geval sluiten de wensen van de medewerker en van de organisatie op elkaar aan, om het leerrendement zo groot mogelijk te laten zijn.

#### Rol van het Bestuur

Het Bestuur en management heeft een belangrijke taak in het stimuleren en sturen van het leren van medewerkers. De bestuurder is opdrachtgever voor het opleiden van de eigen werknemers. De leidinggevende coacht de medewerkers en houdt geregeld talent- en

ontwikkelingsgesprekken, waarmee de doelen en opleidingsbehoeften van de organisatie en de medewerker van COMPETENTE ZORG op elkaar worden afgestemd. Hieruit volgt een advies of scholingsvraag van de medewerker Hij of zij betreft bij het advies:

- De doelstellingen van de organisatie;
- de scholingsdoelstellingen;
- het scholingsbudget;
- de effectiviteit van de te volgen opleidingen.

### 6.3. Opleidingsbehoeften en -doelen

COMPETENTE ZORG wil op termijn haar dienstverlening in de particuliere Thuiszorg gaan uitbreiden. Hiermee beoogt de organisatie een autonome groei en behoefte binnen de ouderenzorg. Daarnaast zal de complexiteit van de ouderenzorg extramuraal gaan veranderen en hierdoor zal ook het verwachtingspatroon van onze klanten gaan wijzigen. COMPETENTE ZORG zal hierin mee moeten gaan en anticiperen op de toekomst van de gezondheidszorg.

Door de te verwachte groei en de nieuwe technologische ontwikkelingen in de thuiszorg, zal de organisatie veranderen. Onze cliënten vragen steeds meer deskundigheid en de Inspectie Gezondheidszorg stelt harde eisen aan de beroepsvaardigheden van medewerkers. Niet gekwalificeerde medewerkers kunnen geen plek krijgen binnen een organisatie als professional. Ook de familie en mantelzorgers vragen meer deskundigheid en aanpak. Tot slot stellen de zorgverzekeraars hoge eisen aan medewerkers die Vakbekwaam kunnen indiceren en op HBO niveau opgeleid moeten zijn.

Opleidingsdoelen vormen daarom de speerpunten in de komende tijd:

- Medewerkers bijscholen op de vakgebieden van medicatie en medicatie veiligheid
- Het vergroten van de deskundigheid op de gebieden van palliatieve zorg, dementie
- Verpleegkundigen trainen in Vakbekwaam Indiceren
- Nieuwe ontwikkelingen van de vier domeinen van Verantwoorde Zorg
- Nieuwe ontwikkelingen Meldcode en Huiselijk geweld.
- Versterken intercollegiaal contact;

### 6.4. Samenwerking Open Universiteit, Zuyd Hogeschool en Arcus College

Pijlers zijn Thuiszorg en Onderwijs. Er wordt een situatie gecreëerd waarbij nieuwe ontwikkelingen samen met de Open Universiteit, Zuyd Hogeschool (EIZT), Arcus College, HOZL, buurtzorg e.a. vormgegeven worden.

Dit past binnen een pilot die de overheid wil faciliteren in vier plaatsen in Nederland. De zogenaamde broedplaatsen

(<http://www.zorginstituutnederland.nl/beroepen+en+opleidingen/broedplaatsen> )

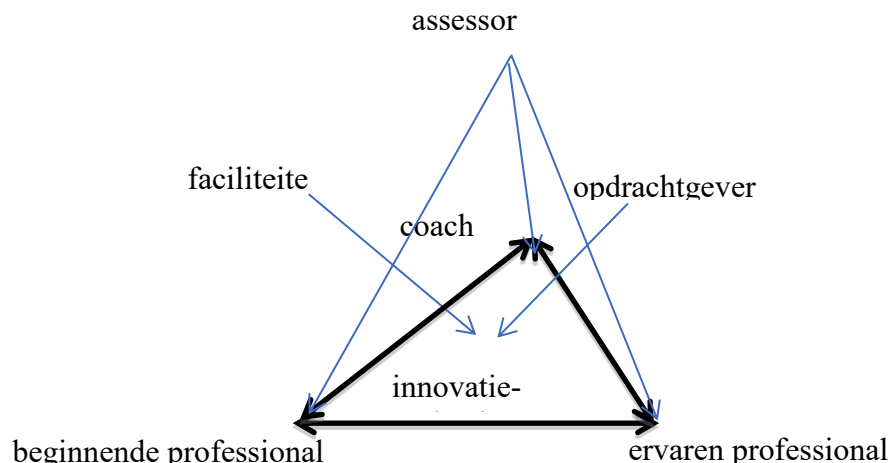
## Wat is een ZIC?

In een ZIC<sup>1</sup> (Fontys, Tilburg, Eindhoven) werken studenten (MBO en HBO) in het kader van hun opleiding in een zorginstelling samen met docenten en beroepsbeoefenaars. Feitelijk zijn zij gezamenlijk verantwoordelijk voor de betreffende afdeling van de zorginstelling. Voor studenten is het leren en werken in een ZIC een deel van hun opleiding.

Aan ZIC's zijn/worden lectoraten gekoppeld en daarmee is een ZIC niet alleen een authentieke leer-werkomgeving, maar vindt er ook innovatief onderzoek plaats. ZIC's zijn zodoende een broedplaats voor innovatie en voor disseminatie van de verworven kennis en inzichten. Een ZIC is een uitstekende omgeving voor CoP's en dus voor werken, leren en wonen samen. Door het werken in een ZIC worden competenties en vaardigheden van medewerkers, stagiaires en andere betrokkenen up to date gehouden.

## Wat is een CoP?

Een Community of Practice (CoP) is een groep mensen die een intrigerende vraag, zorg, probleem of passie met betrekking tot een bepaald domein of product delen en die hun kennis en vaardigheden willen verdiepen door middel van een continue uitwisseling hierover<sup>2</sup>.



Figuur 3: de rollen binnen en buiten de Community of Practice, Learning and Care (CoP)

*De beginnende professional*, is de student, lerende en tevens collega, hij moet openstaan voor de expertise van de coach en de ervaren professional, delen van inhoud en voortgang met de rest van de CoP, door samenwerking en uitwisseling expertise opbouwen en opbrengst realiseren.

Hij is de eerst verantwoordelijke voor het realiseren van de opdracht op zijn/haar deelterrein en het realiseren van zijn/haar leerdoelen, medeverantwoordelijk voor de realisatie van de opbrengst op de andere deelterreinen alsmede voor de opbrengst van het geheel, medeverantwoordelijk voor het leren van de andere deelnemers van de gehele community

*De ervaren professional* (de expert van werkveld of vanuit de school bezit vakmanschap, is vraagbaak voor de beginnende professionals, voorbeeldfiguur, meewerkend voorman, verzorgt (op afroep) inhoudelijke bijdragen

<sup>1</sup> Niessen, T., e.a. (2013). Veranderingen in zorg en onderwijs gaan gelijk op met veranderingen in mensen. Vakblad voor opleiders in het gezondheidszorgonderwijs, nummer 3, april 2013.

<sup>2</sup> Wenger, McDermott & Snyder(2002): Cultivating Communities of Practice. Harvard Business Press

De *coach* is de spil van de community. Hij is coach t.a.v. de onderlinge relaties en t.a.v. het proces. Hij coacht ook t.a.v. vak inhoud. Ook hier geldt dat de coach afkomstig kan zijn van het werkveld of vanuit de school waarbij de school eindverantwoordelijk is.

## 6.5. Waarborgen van de kwaliteit van opleiden

*Opleidingen en trainingen moeten voldoen aan de volgende minimale kwaliteitseisen:*

- *De opleidingen sluiten goed aan bij de opleidingsvraag;*
  - *er moet samenhang zijn tussen de opleidingsvraag enerzijds en de doelen anderzijds.*
- De opleidingsactiviteiten moeten qua niveau en werkvormen goed passen bij de werkervaring en het niveau van de doelgroep;*
- *het effect van de opleidingen moet voor deelnemers, collega's en managers waarneembaar zijn; opleidingsinstituten moeten een aantoonbare staat van ervaring hebben in het geven van opleiding. Bij voorkeur werken we opleidingsinstituten die aangesloten zijn bij de NRTO, of anders met instituten die specifieke ervaring en kennis hebben van onze branche.*

*De evaluatie van de opleidingen wordt als volgt uitgevoerd:*

- *Evaluatie met deelnemers op basis van de kwaliteitseisen;*
- *evaluatie met de leidinggevenden.*
- *op basis hiervan evaluatie met uitvoerders van opleidingen.*

## 6.6. Opleidingsbudget

Dit hoofdstuk is nog niet helemaal ingericht in verband met het vaststellen van het totale budget dat zal worden gebruikt voor opleidingen en scholingen. Medio april is dit hoofdstuk afgerond.

## 6.7. Frequentie en duur van opleidingen

Uit onderzoek blijkt dat veel en kort opleiden het beste resultaat heeft. Een hogere frequentie en korte trainingen zijn zelfs belangrijker dan de uiteindelijke didactische kwaliteit van de opleiding. Als enkele goedkope opleidingen dus aan (door u te stellen) minimale didactische vereisten voldoen, is er weinig reden om veel meer geld uit te geven voor een training die didactisch perfect in elkaar steekt.

Het beste resultaat bereikt u als medewerkers kiezen voor verkorte opleidingen en maatwerk bijscholingen in de vorm van workshops, training en toetsing etc. Natuurlijk geldt wel: hoe innovatiever de activiteiten, hoe meer training er nodig is.

## 6.8. Planning 2018

In de periode van dit jaarplan zijn nog geen opleidingsactiviteiten ingepland. Het is mogelijk dat dit schema wordt aangepast op onvoorziene omstandigheden. Niet opgenomen worden de individuele scholingsactiviteiten. Deze worden vanzelfsprekend wel anoniem verwerkt in de personeelsadministratie.

## BIJLAGEN

# BIJLAGE 1: FUNCTIEBESCHRIJVING EN COMPETENTIES KWALITEITS/PRIVACYMEDEWERKER

## Plaats in de organisatie

Organisatie: COMPETENTE ZORG BV

Functie: Kwaliteitsmedewerker/functionaris gegevensbescherming

Datum: 1 november 2017

## **Kern van de functie:**

Administratief en praktisch uitvoering geven aan het onderhouden van het kwaliteitsmanagementsysteem. (Handboek Verantwoorde Zorg en Veiligheid)  
Procesmatig ondersteuning bieden bij de implementatie, bewaking en borging van het kwaliteitsmanagementsysteem en de invoering van de wet privacy (AVG)

## **Taken**

1. Opzetten en onderhouden van HKZ kwaliteitssysteem (procedures, technische documentatie, etc.).
2. Begeleidt de implementatie van het kwaliteitsbeleid, systemen en instrumenten en de daarbij behorende veranderingsprocessen;
3. Beheer van het Auditplan en verwerken van gegevens uit interne audits.
4. Beheert de verbeterplannen

### *Ad.1 Opzetten en onderhouden van een kwaliteitssysteem*

- Opstellen en onderhouden van protocollen, documenten, procedures e.d. met betrekking tot kwaliteitsbeleid
- Houdt het kwaliteitsmanagementsysteem up to date;
- Werkt kwaliteitsdocumenten uit;
- Het ontwerpen en verbeteren van processen;
- Het bijdragen aan de verdere ontwikkeling van een klantgerichte dienstverlening voor medewerkers en cliënten van de organisatie.

### *Ad.2 Begeleidt de implementatie van het kwaliteitsbeleid, systemen en instrumenten en de daarbij behorende veranderingsprocessen.*

- Het op een structurele wijze doorvoeren van wijzigingen in de fysieke (en digitale) handboeken
- Informeren van medewerkers over kwaliteitsmanagementsysteem en bevorderen van kwaliteitsbewust handelen
- Geeft voorlichting en instructies
- Motiveren en enthousiasmeren van medewerkers voor activiteiten binnen kwaliteitszorg

### *Ad.3 Beheer van het Auditplan en verwerken van gegevens uit interne audits.*

- Knelpunten signaleren en doorspreken met de directeur en voorstellen doen ter verbetering.
- Begeleiden van medewerkers bij audits
- Draagt zorg voor afstemming tussen alle betrokkenen;

### *Ad.4 Beheert de verbeterplannen*

- Het leveren van bijdragen/adviezen ter bevordering van de kwaliteit

- Zet evaluaties in gang, bewaakt de uitvoering van evaluaties en verwerkt evaluatieresultaten in het documentatiesysteem
- Verzamelt gegevens ten behoeve van de managementreview
- Rapporteert over de voortgang aan de directeur

### **Bevoegdheden en verantwoordelijkheden**

- Heeft invloed op het imago van de organisatie en het kwaliteitsbeleid van de organisatie.
- Is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de coördinatie en continuïteit van de werkzaamheden.
- Draagt zorg voor de uitvoering van de gemaakte werkafspraken
- Nalatigheid en onzorgvuldigheid kunnen leiden tot onvolkomenheden in de uitvoering van het kwaliteitsmanagement.
- Draagt verantwoordelijkheid voor en heeft invloed op de uitvoering van praktische uitvoering van het kwaliteitsmanagement.

### **Plaats in de organisatie:**

Ontvangt leiding van de directeur

### **Competenties en functie-eisen**

#### Kennis

- Beschikt over een relevante opleiding op HBO+ niveau
- Beschikt over een managementopleiding op middenkader niveau
- Inzicht in eigen functioneren en het effect daarvan op anderen
- Is in staat om in complexe situaties hoofd- en bijzaken te scheiden en te zoeken naar ontbrekende elementen.
- Kan in een gesprek gerichte vragen stellen om mogelijk oorzaken van een probleem te achterhalen en kan een veelheid aan informatie ordenen en duiden.
- Het volgen van ontwikkelingen in het werk- en vakgebied is van belang voor de functie-uitoefening.

#### Zelfstandigheid

- De functie stelt specifieke eisen aan het nemen van initiatieven, probleemoplossend vermogen en vindingrijkheid
- Werkt zelfstandig aan de hand van richtlijnen en instructies.

#### Sociale vaardigheden

- De diverse in- en externe contacten stellen onder meer eisen aan adviesvaardigheden.
- De functie stelt eisen aan overtuigingskracht, het overbruggen van tegenstellingen en het omgaan met weerstand.
- De kwaliteitsfunctionaris kan met medewerkers van verschillend niveau samenwerken en kan medewerkers motiveren, stimuleren en enthousiasmeren

#### Uitdrukkingsvaardigheid

- Heeft een goede beheersing van de Nederlandse taal en kan ideeën, feiten en meningen in begrijpelijke en correcte taal op schrift stellen afgestemd op de lezer.
- Kan mondeling meningen en ideeën duidelijk presenteren

#### Bewegingsvaardigheid

- Er worden geen speciale eisen gesteld aan de bewegingsvaardigheid.

#### Oplettendheid

- De implementatie van het kwaliteitsbeleid vraagt aandacht en opmerkzaamheid.
- Onvoldoende oplettendheid kan nadelige consequenties hebben voor het kwaliteitsniveau van de organisatie.

### **Overige functie-eisen**



- Eisen worden gesteld aan doorzettingsvermogen (ondersteunen van veranderingen), volharding, geduld, ordelijkheid, integriteit en betrouwbaarheid.
- gevoel voor systematiek (toepassen van kwaliteitssysteem), integriteit en representativiteit.

### **Inconveniënten**

Er kan sprake zijn van psychische belasting in verband met het omgaan met tegengestelde belangen. Fysieke belasting is niet van toepassing.

## BIJLAGE 2: HUISELIJK GEWELD

*Huiselijk geweld is geweld dat door iemand uit de huiselijke of familiekring van het slachtoffer wordt gepleegd. Hieronder vallen lichamelijke en seksuele geweldpleging, belaging en bedreiging (al dan niet door middel van, of gepaard gaand met, beschadiging van goederen in en om het huis).*

**Belangrijk:** de combinatie kinderen en huiselijk geweld betekent altijd kindermishandeling. Vormen van huiselijk geweld:


- **Lichamelijk geweld:** slaan, schoppen, door elkaar schudden.
- **Psychische mishandeling:** vernederen, schelden.
- ☐ **Verwaarlozing**
- **Seksueel misbruik:** verkrachting binnen relatie en seksuele kindermishandeling.
- **Schending van rechten:** bijvoorbeeld beperking van bewegingsmogelijkheden. ☐  
**Financiële uitbuiting** ☐ **Belaging:** stalken.
- **Eer gerelateerd geweld:** geestelijk of lichamelijk geweld in reactie op een (dreiging van) schending van de (familie)eer en huwelijksdwang.
- **Kinderen als getuigen:** blootstelling aan partnergeweld.
- **Kindermishandeling**
- **Ouderenmishandeling:** vaak een gevolg van overbelaste mantelzorg c.q. ontspoorde zorg.

## BIJLAGE 3: KINDERMISHANDELING

*‘Elke vorm van voor de minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen, ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel.’*

### Vormen van kindermishandeling

De definitie omvat verschillende vormen van kindermishandeling. Het gaat daarbij meestal om een combinatie van onderstaande vormen:

- **Geweld:** lichamelijk, emotioneel.
- **Verwaarlozing:** prenataal, lichamelijk, emotioneel, onthouden van onderwijs en pedagogische verwaarlozing .
- **Seksueel misbruik:** bijvoorbeeld seksueel getinte handelingen die onder dwang plaatsvinden.
- Getuige zijn van **Huiselijk Geweld**
- **Münchhausen by Proxy/Pediatric Condition Falsification**  **Exploitatie:** kinderarbeid, prostitutie, pornografie.
- **Schending van recht op zelfbeschikking:** vrouwelijke genitale verminking, eengerelateerd geweld, gedwongen uithuwelijken, indoctrinatie.

Ongeboren baby's kunnen ook slachtoffer zijn van kindermishandeling. Onder 'ouders' vallen ook stiefouders, adoptiefouders, pleegouders of partner van een van de ouders. Anderen in soortgelijke positie' zijn mensen van wie het kind ook afhankelijk is voor aandacht, bescherming en verzorging. Bijvoorbeeld burens, vrienden of kennissen, broer of zus, de leerkracht of oppas.

De meldcode omvat een stappenplan die de medewerker stap voor stap door het proces leidt vanaf het moment dat signalen worden opgevangen tot het moment dat een beslissing over een eventuele melding moet worden genomen. De stappen die worden omschreven zijn in een bepaalde volgorde gerangschikt, maar deze volgorde is niet dwingend. Het gaat er om dat in het proces alle stappen worden doorlopen. Het vastleggen van de stappen geven dit proces een formele basis en zorgt ervoor dat geen stappen worden overgeslagen.

### STAP 1 IN KAART BRENGEN VAN SIGNALLEN

<b>SIGNALLEN IN KAART BRENGEN</b>	Breng signalen die een vermoeden van huiselijk geweld of kindermishandeling bevestigen of ontkrachten in kaart en leg deze vast in het zorgdossier. Leg ook de contacten over de signalen vast, evenals de stappen die worden gezet en de besluiten die worden genomen.
<b>FEITELIJK BESCHRIJVEN</b>	Beschrijf signalen zo feitelijk mogelijk. In kaart brengen betekent beschrijven wat u ziet en hoort. Bekijk alles wat van invloed is op het welzijn en gezondheid van de cliënt (de risico- en beschermde factoren).
<b>OBJECTIVITEIT</b>	Maak geen conclusies en ga niet invullen of interpreteren. Het zien van signalen hoeft nog niet altijd te betekenen dat er ook sprake is van kindermishandeling of huiselijk geweld. Indien de signalen overduidelijk wijzen op een acuut onveilige situatie mag direct contact opgenomen worden met de politie.

## STAP 2 OVERLEG SIGNALLEN

<b>INTERN OVERLEG</b>	Er moet altijd intern overlegd worden met de directie van [naam organisatie]. Hij vraagt, als het nodig is, advies bij AMK/BJZ en/of SHG. Je mag de informatie intern binnen de organisatie doorgeven. Voor extern overleg is toestemming van de cliënt nodig.
<b>PLAN VAN AANPAK</b>	Gezamenlijk met de uitvoerder wordt een plan van aanpak gemaakt met advies. Het advies geeft de aanwijzingen voor stap 3.

## STAP 3 IN GESPREK MET DE CLIENT

<b>SIGNALLEN BESPREKEN MET ZORGVRAGER</b>	De signalen met de cliënt worden besproken. Indien ondersteuning bij het voeren van het gesprek geïndiceerd is, wordt dit gezamenlijk gedaan met de directie, mogelijk na advies van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of het Steunpunt Huiselijk Geweld.
<b>INHOUD GESPREK</b>	In het gesprek komen de volgende zaken aan de orde: Het doel van het gesprek wordt aan de cliënt uitgelegd. De feiten die zijn vastgesteld en de waarnemingen die zijn gedaan worden beschreven. De cliënt wordt gevraagd een reactie hierop te geven.

## STAP 4 AARD, ERNST EN RISICO OP KINDERMISHANDELING

<b>AARD &amp; ERNST</b>	<p>De aard en de ernst van het huiselijk geweld of de kindermishandeling wordt op basis van de signalen, ingewonnen advies en het gesprek met de cliënt gewogen. Ook de aard en de ernst van de situatie wordt gewogen. In de afweging over het al dan niet melden van (vermoedens van) huiselijk geweld of kindermishandeling dienen de volgende vragen als gerichte ondersteuning in de besluitvorming:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kan ik door te spreken zwaarwegende belangen van de klant behartigen?</li><li>• Is er een andere mogelijkheid hetzelfde doel te bereiken zonder dat ik de vertrouwelijkheid tussen mij en de cliënt hoeft te verbreken?</li><li>• Waarom is het niet mogelijk de toestemming van de cliënt te vragen of krijgen voor het bespreken van diens situatie met iemand die kan helpen?</li><li>• Zijn de belangen van de cliënt die ik wil dienen met mijn spreken zo zwaar dat deze naar mijn oordeel opwegen tegen de belangen die de cliënt heeft bij mijn zwijgen?</li><li>• Als ik besluit om te spreken aan wie moet ik dan welke informatie verstrekken zodat het geweld of de mishandeling effectief kan worden aangepakt?</li></ul>
-------------------------	--

<b>INFORMATIE VASTLEGGEN</b>	De afweging wordt altijd in het zorgdossier opgenomen. Vastgelegd wordt welke informatie mag worden uitgewisseld en met wie. Vermelding van welke pogingen gedaan zijn om toestemming te krijgen voor gegevensverstrekking, ook als de toestemming uiteindelijk toch wordt geweigerd.
------------------------------	---

#### STAP 5 BESLISSSEN EN MELDEN

<b>ZELFHULP of MELDEN</b>	<p>Beslissen: zelf hulp organiseren of melden</p> <p>Wanneer de afweging is dat de cliënt en diens gezin voldoende tegen het risico van huiselijk geweld of kindermishandeling kan worden beschermd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wordt de noodzakelijke hulp georganiseerd door [naam organisatie];</li> <li>• Worden de effecten van deze hulp gevolgd;</li> <li>• Wordt alsnog melding gedaan als er signalen zijn dat het huiselijk geweld of de kindermishandeling niet stopt of opnieuw begint.</li> </ul>
<b>MELDING BIJ AMK / SHG</b>	<p><b>Melding doen bij AMK/SHG</b></p> <p>Wanneer er ingeschat wordt, dat de cliënt niet voldoende tegen het risico van huiselijk geweld en/of kindermishandeling beschermd kan worden, wordt melding gedaan van het vermoeden hiervan bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of het Steunpunt Huiselijk geweld.</p> <p>De melding wordt vooraf met de klant besproken. In dit gesprek komen de volgende zaken aan de orde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Waarom de melding wordt gedaan en wat het doel hiervan is;</li> <li>• Het verzoek om de reactie van de cliënt;</li> <li>• In geval van bezwaren van de cliënt wordt overlegd hoe hieraan tegemoet kan worden gekomen;</li> <li>• Indien dat niet mogelijk is, worden de bezwaren afgewogen tegen de noodzaak van de cliënt of diens gezinslid te beschermen tegen het geweld of de mishandeling. In de afweging wordt de ernst en de aard van het geweld afgewogen en de noodzaak om de cliënt of diens gezinslid door het doen van een melding daartegen te beschermen.</li> <li>• Een melding wordt gedaan als de bescherming van de cliënt of diens gezinslid de doorslag geeft.</li> </ul> <p>Het doen van een melding zonder dat de signalen zijn besproken met de cliënt, of afzien van contacten met de cliënt over de melding kan alleen als:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De veiligheid van de cliënt, van de medewerker of van een ander in het geding is;</li> <li>• Als er goede redenen zijn te veronderstellen dat de cliënt hierdoor het contact zal verbreken.</li> </ul> <p>Naast meldingen bij het Steunpunt Huiselijk Geweld kan ook melding worden gedaan bij de politie. De politie kan buiten de wil van het slachtoffer ingrijpen en daderhulp onder dwang op gang brengen. Ook kan de politie in een crisissituatie direct ingrijpen. Voor melding bij de politie gelden dezelfde uitgangspunten en vragen ter afweging als bij melding bij het Steunpunt Huiselijk Geweld, of het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.</p>

#### STAP 6 EVALUATIE

<b>EVALUATIE</b>	Het proces wordt geëvalueerd. Dit gebeurt gezamenlijk met de uitvoerder en de directie. Het evaluatieverslag wordt opgenomen in het zorgdossier.
------------------	--

## BIJLAGE 4: GEDRAGSCODE

### ARTIKEL 4.1 BEJEGENING

		Agressie, racisme, leeftijdsdiscriminatie, seksuele intimidatie en discriminatie op grond van levensbeschouwing of discriminatie op grond van uiterlijk. De eisen aan de beroepshouding van de zorgverlener is beschreven in artikel 3 van dit reglement. In onze organisatie:
4.1.1	<b>LEVENS-BESCHOUWING</b>	Wordt geen enkele soort van agressie, racisme, leeftijdsdiscriminatie, seksuele intimidatie en discriminatie op grond van levensbeschouwing of discriminatie op grond van uiterlijk getolereerd.
4.1.2	<b>AGRESSIE</b>	Zijn agressieve handelingen en/of – uitingen niet toegestaan
4.1.3	<b>DISCRIMINATIE</b>	Is het niet toegestaan discriminerende, seksistische of andere beledigende grappen en uitlatingen, mondeling of schriftelijk kenbaar te maken.

### ARTIKEL 4.2 SCHADE AAN DE CLIËNT OF AAN EIGENDOMMEN VAN DE CLIËNT

		Indien zich een situatie voordoet bij de cliënt waar door toedoen van de zorgverlener persoonlijke of psychische schade ontstaat bij de cliënt wordt gehandeld volgens het <b>protocol melden incidenten</b> . De wijze waarop omgegaan wordt met materiele schade, ontstaan door toedoen van de zorgverlener, aan eigendommen van cliënt is vastgelegd in dit reglement.
4.2.1	<b>PERSOONLIJKE SCHADE</b>	Vaak is ook bij schade met persoonlijk letsel op het moment dat de schade wordt “aangebracht” nog onvoldoende duidelijk wat het letsel is; of er sprake is van blijvend letsel en/of er nog sprake is van vervolgschade.
4.2.2	<b>MATERIELE SCHADE</b>	Als er een situatie voordoet waarbij zaken van een derde beschadigd raken, tenietgaan of vermist worden door toedoen van een zorgverlener, dan moet dit door de zorgverlener door middel van het <b>Schadeformulier van de verzekeringsmaatschappij</b> gemeld worden aan de directie. Op het Schadeformulier moet zo veel mogelijk informatie over situatie worden gemeld. Belangrijk is dat de bewijsstukken worden meegestuurd (zoals aankoop- en reparatienota's e.d.). Hiervoor moeten de schadeformulieren van de verzekeringsmaatschappij worden gebruikt.

### ARTIKEL 4.3 ONGANG MET KLACHTEN

		De wijze waarop zorgverleners om moeten gaan met klachten ligt vast in de <b>klachtenregeling</b> .
4.3.1	<b>KLACHTEN DOOR CLIËNTEN</b>	In voorkomende gevallen wijst de zorgverlener de cliënt op de mogelijkheid van het indienen van een klacht.

### ARTIKEL 4.4 ONGANG MET ELEKTRONISCHE COMMUNICATIEMIDDELEN

		COMPETENTE ZORG behoudt zich het recht voor om de toegang tot communicatiemiddelen te beperken zoals het beperken van toegang tot bepaalde sites en (mobiele) telefoonnummers. Met name sites met, of nummers die toegang bieden tot een pornografische, racistische, discriminerende of een op entertainment gerichte inhoud zullen (kunnen) worden geweerd.
4.1	<b>COMPUTER- EN NETWERKGEBRUIK</b>	COMPETENTE ZORG kan het recht tot gebruik van (een deel van) internet en/of een ander Elektronisch Communicatiemiddel toestaan, maar ook altijd weer intrekken. Zonder dat recht is gebruik van (een deel van) internet en/of het andere Elektronische Communicatiemiddel niet toegestaan.

		<p>Het is in het bijzonder niet toegestaan om op internet of via e-mail:</p> <p>Sites te bezoeken die pornografisch, racistisch, discriminerend, beledigend of aanstootgevend materiaal bevatten;</p> <p>Pornografisch, racistisch, discriminerend, beledigend of aanstootgevend materiaal te bekijken of te downloaden of te verspreiden;</p> <p>Zich ongeoorloofd toegang te verschaffen tot niet openbare bronnen op het internet;</p> <p>Opzettelijk informatie waartoe men via internet toegang heeft verkregen zonder toestemming te veranderen of te vernietigen;</p> <p>Actief aan te geven aan webwinkels dat belangstelling bestaat voor het ontvangen van productinformatie (zogenoemd opt-in aankruisen) voor eventuele latere bestellingen in de privésfeer;</p> <p>Berichten anoniem of onder een fictieve naam te versturen;</p> <p>Dreigende, beledigende, seksueel getinte, racistische dan wel discriminerende berichten te verzenden of door te sturen;</p> <p>Kettingmailberichten te verzenden of door te sturen;</p> <p>Iemand lastig te vallen.</p> <p>Er mogen geen softwareprogramma's worden gedownload en geïnstalleerd zonder toestemming van de directie.</p> <p>Afspraken en regels over het downloaden en installeren van software.</p> <p>Indien u ongevraagd informatie van een soort als hierboven genoemd aangeboden krijgt, dient u dit te melden aan de directie van [naam organisatie].</p> <p>Het continu doorgeschakeld laten staan van de vaste telefoon naar de mobiele telefoon is niet toegestaan/wordt afgeraden;</p>
4.4.2	<b>PRIVEGEBRUIK BEDRIJFSMIDDELEN</b>	<p>Elektronische communicatiemiddelen worden niet gebruikt voor privédoeleinden, zowel intern als extern. Het is niet toegestaan de elektronische communicatiemiddelen voor onacceptabele privédoeleinden zoals downloaden van spelletjes, winkelen, gokken of deelnemen aan kansspelen, het voeren van een werk gerelateerd dagboek (blogging) en het bezoek van chat- en babbelboxen.</p>
4.4.3	<b>AUTORISATIEPROTOCOL</b>	<p>We verwijderen de toegangsrechten van medewerkers zodra zij niet meer voor het bedrijf werkzaam zijn. De toegankelijkheid tot middelen en informatie door medewerkers is vastgelegd in het <b>PROT-P100001.5 Autorisatieprotocol</b>. Deze identiteit is vertrouwelijk en mag dus niet worden gedeeld of doorverteld.</p>

#### ARTIKEL 4.5 OMGANG MET EIGENDOMMEN

	<p>Het betreft hier eigendommen van cliënten die in beheer zijn van de organisatie. Hierbij kan gedacht worden aan sleutels, persoonlijke spullen, beheer van cliëntgelden maar ook aan cliëntgegevens en gegevens van anderen (bijv. vertrouwelijke informatie van ketenpartners).</p>	
4.5.1	<b>CADEAUS EN GELD</b>	<p>Cadeaus en geld mogen niet worden aangenomen. Het is niet toegestaan om financiële zaken van de cliënt te regelen of voor de cliënt te gaan pinnen. Bovendien is het verboden om goederen van de cliënt te kopen, verkopen of in bruikleen te nemen. Het is wettelijk niet toegestaan om u in het testament van de cliënt te laten opnemen. Mocht u los geld of sieraden in het huis van de cliënt aantreffen, moet u de cliënt of zijn contactpersonen hierop attenderen en ook uw directie inlichten.</p>

4.5.2	<b>VERLIES VAN EIGENDOMMEN</b>	In voorkomende gevallen beheren de zorgverleners eigendommen van cliënten waarbij wordt voldaan aan binnen de organisatie geformuleerde zorgvuldigheidseisen en waarbij uitwerking wordt gegeven aan de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van betrokkenen. De medewerker moet zorgvuldig omgaan met eigendom van de cliënt wanneer dit door de organisatie wordt beheerd of gebruikt. Als enig eigendom van de cliënt verloren gaat, beschadigd wordt of anderszins ongeschikt geacht wordt voor gebruik, dan moet dit worden gerapporteerd aan de cliënt. Indien er sleutels verloren gaan wordt er aangifte gedaan bij de politie.
4.5.3	<b>DIEFSTAL VAN EIGENDOMMEN</b>	In geval van diefstal van bedrijfseigendommen of eigendommen van cliënten dient er melding te worden gedaan bij de directie. Er wordt aangifte gedaan en er volgt een politieonderzoek. Tijdens het onderzoek wordt een zorgverlener op non-actief gezet, in eerste instantie voor de duur van drie weken. Afhankelijk van de uitkomst van het onderzoek zal bepaald worden welke maatregelen worden genomen

#### ARTIKEL 4.6 KENNIS & VAARDIGHEDEN - CLIËNTGERICHTHEID

4.6.1	<b>COMMUNICATIE &amp; INFORMATIE</b>	De cliënt ontvangt voor, tijdens en na het zorgproces relevante informatie. Deze informatie is in begrijpelijke taal voor de cliënt en er wordt nagegaan of de cliënt het begrepen heeft.
4.6.2	<b>EIGEN REGIE V/D CLIËNT</b>	De zorgverlener komt binnen de grenzen van de professionele beroepsuitoefening tegemoet aan de wensen en behoeften van de cliënt. De cliënt wordt zoveel mogelijk betrokken bij het behalen van doelen. Het uitgangspunt is de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Waar nodig worden zorgtaken overgenomen.
4.6.3	<b>AUTONOMIE V/D CLIËNT</b>	De zorgverlener respecteert de levensbeschouwing en, gewoonten, normen en waarden van de cliënt. De zorgverlener maakt geen misbruik van de afhankelijke positie van cliënten.

#### ARTIKEL 4.7 KENNIS & VAARDIGHEDEN – DESKUNDIGHEID

4.7.1	<b>BEVOEGD-/ BEKWAAMHEID</b>	De zorgverlener verleent alleen die zorg waar hij of zij bevoegd/ bekwaam voor is. De zorgverlener draagt er zorg voor dat hij/zij beschikt over de kennis en vaardigheden die nodig zijn om de zorg veilig en doelmatig uit te voeren.
4.7.2	<b>RICHTLIJNEN, PROTOCOLLEN &amp; WERKINSTRUCTIES</b>	De zorgverlener is verantwoordelijk voor de manier waarop hij/zij de zorgverlening uitvoert. De organisatie schept randvoorwaarden zodat de zorgverlener zijn functie en bijbehorende taken volgens professionele standaarden kan uitvoeren en verantwoorden.
4.7.3	<b>GEWETENSBEZWAREN HANDELEN</b>	Indien de zorgverlener op basis van ernstige gewetensbezwaren of levensovertuiging niet kan meewerken aan bepaalde handelingen worden de taken in overleg met de directie overgedragen.
4.7.4	<b>SAMENWERKING BINNEN HET TEAM</b>	De zorgverlener respecteert de opvatting en deskundigheid van collega's en andere hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg aan de cliënt. De zorgverlener werkt samen binnen het team waarbij er een samenwerkingsrelatie bestaat tussen de zorgverlener, het team, de cliënt en betrokken naasten.
4.7.4	<b>VERANTWOOR- DINGSBEREIDHEID</b>	De zorgverlener is bereid de keuze van bepaald gedrag te verantwoorden en accepteert beslissingen die het organisatiebelang dienen, ook als dit niet direct het persoonlijke belang van de zorgverlener waarborgt.



**ARTIKEL 4.8 BEROEPSHOUDING & ETHIEK - BEJEGENING**

4.8.1	<b>RESPECTVOLLE BEJEGENING</b>	De cliënten en collega's worden als gelijkwaardige medemensen en met respect voor het individu benaderd. De zorgverlener is representatief, beleefd, zorgvuldig, tactvol.
4.8.2	<b>RESPECT VOOR RELIGIE</b>	De zorgverlener heeft respect voor ieders ras, sekse, levensbeschouwing en leeftijd en andere gronden genoemd in deze gedragscode.
4.8.3	<b>BELANGEN-VERSTRENGELING</b>	Elke handeling die vermenging van zakelijke- en privébelangen kan veroorzaken, dient vermeden te worden om belangenverstremgeling te voorkomen. Deze regel houdt in dat, zonder persoonlijk belang, betrouwbaar en professioneel moet worden gehandeld. Indien er een situatie is waarbij belangenverstremgeling een rol speelt, dient dit gemeld te worden bij de directie. De directie bekijkt of de werkzaamheden kunnen worden voortgezet.
4.8.4	<b>AGRESSIE &amp; ONVEILIGHEID</b>	De zorgverlener laat zich bij contacten met cliënten leiden door de gedragsregels zoals die gelden voor de beroepsgroep (Wetboek van Strafrecht en Burgerlijk Wetboek). De zorgverlener accepteert geen agressieve gedragingen van cliënten en neemt zelf geen initiatief tot agressie jegens hen. De zorgverlener accepteert geen seksuele gedragingen van cliënten en neemt zelf geen initiatief tot seksuele gedragingen jegens hen.
4.8.5	<b>DISCRIMINATIE</b>	De zorgverlener accepteert geen discriminerend gedrag van cliënten en werkt niet mee aan en/of neemt zelf geen initiatief tot discriminerend gedrag.
4.8.9	<b>DRUGS, ALCOHOL , VUURWAPENS EN STEEKWAPENS</b>	In onze organisatie is het verboden om zowel soft als harddrugs en alcohol bij zich te dragen of te gebruiken tijdens het werk. In onze organisatie is het verboden om vuurwapens/steekwapens bij zich te dragen (zie Wapenwet, hoofdstuk 1, artikel 1). Wanneer naar voren komt dat een zorgverlener soft of harddrugs, alcohol of vuurwapens/steekwapens bij zich draagt of soft/harddrugs of alcohol nuttigt tijdens het werk worden er passende maatregelen getroffen. Dit kan leiden tot ontslag.

**ARTIKEL 4.9 BEROEPSHOUDING & ETHIEK – BETROUWBAARHEID**

4.9.1	<b>VERTROUWENS-RELATIE</b>	De zorgverlener houdt persoonsgegevens van de cliënt die verzameld worden in het kader van de zorgverlener geheim. Dit wordt alleen beschikbaar gesteld na toestemming van de cliënt of in spoedgevallen die informatie die nodig is voor het waarborgen van de veiligheid van de cliënt. Voor overleg met mantelzorgers en ketenpartners geeft de cliënt eerst een machtiging af voor toestemming, alvorens overleg plaatsvindt.
4.9.2	<b>OMGANG MET PRIVACYGEGEVENS</b>	De cliënt wordt op de hoogte gebracht van de wijze waarop de organisatie omgaat met privacygegevens. Desgewenst ontvangt de cliënt het privacyreglement van de organisatie. De cliënt is er in ieder geval van op de hoogte welke gegevens worden geregistreerd en met welke doeleinden.

# BIJLAGE 5: FORMULIEREN MIC EN MIM MELDINGEN



- Titel melding
- |                       |                       |                                 |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|
| 1. Valincident        | 4. Medicatie fout     | 7. Zorg te laat                 |
| 2. Ongewenst gedrag   | 5. Medicatie app      | 8. Roosterfout                  |
| 3. Onveilige situatie | 6. Zorg niet geleverd | 9. Overige (materiaal/middelen) |

Naam medewerker \_\_\_\_\_

Datum incident \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Datum melding \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Voorletters + Achternaam cliënt \_\_\_\_\_ Cliëntnummer \_\_\_\_\_

Omschrijving Melding : wie, wat , waar en wanneer

\_\_\_\_\_

## Indien van toepassing

1. Valincident	Pijn	Ja/Nee	Opmerkingen _____ _____ _____
	Zichtbaar letsel	Ja/Nee	
	Pijnscore	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	Arts ingeschakeld	Ja/Nee	
2. Ongewenst gedrag	Schelden/ Bijten/ Schoppen/ Slaan/ Betasten		Opmerkingen _____ _____ _____
	Medewerker letsel	Ja/Nee	
	Arts ingeschakeld	Ja/Nee	
3. Onveilige situatie	Opmerkingen _____		
4. Medicatie fout	Dosering	Te hoog/ Te laag	Opmerkingen _____ _____ _____
	Juiste aftekenlijst	Ja/Nee	
	Juiste medicijn	Ja/Nee	
	Risicovolle medicatie	Ja/Nee	
5. Medicatie app	Werkt	Wel/Niet	Opmerkingen _____ _____ _____
	Telefoon aanwezig	Wel/Niet	
	Whatsapp verstuurd naar collega	Ja/Nee	
	Whatsapp verstuurd naar 06-20051916	Ja/Nee	

- |                       |   |   |                            |
|-----------------------|---|---|----------------------------|
| 6. Zorg niet geleverd | <input type="checkbox"/> Cliënt thuis<br><input type="checkbox"/> Weigerde zorg<br><input type="checkbox"/> Zorgverlener niet geweest | <input type="checkbox"/> Ja/Nee<br><input type="checkbox"/> Ja/Nee<br><input type="checkbox"/> Ja/Nee | Opmerkingen _____<br>_____ |
| 7. Zorg te laat       | <input type="checkbox"/> Route loopt uit<br><input type="checkbox"/> Onjuiste informatie  | <input type="checkbox"/> Ja/Nee<br><input type="checkbox"/> Ja/Nee                                    | Opmerkingen _____<br>_____ |
| 8. Roosterfout        | <input type="checkbox"/> Wel/Niet op de hoogte (van de wijziging)   |   | Opmerkingen _____<br>_____ |
| 9. Overige            | <input type="checkbox"/> Materiaal (lift)/ Middel (zwachtels)   |   | Opmerkingen _____<br>_____ |

Oorzaak (Hoe komt het?) \_\_\_\_\_

Herstelmaatregel (Hoe heb je het opgelost?) \_\_\_\_\_

Corrigerende maatregel (Hoe is dit in de toekomst te voorkomen?) \_\_\_\_\_

**In te vullen door de MIC/MIM Commissie**

Melding instantie     Instectie voor Volksgezondheid     Huisarts     Anders namelijk:

Wijze van melding     Telefonisch     Per brief     Per mail

Datum reactie instantie \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Evaluatie effect maatregelen \_\_\_\_\_

Datum afhandeling \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Akkoord leidinggevende \_\_\_\_\_

# BIJLAGE 6 VERWERKERSOVEREENKOMST DINZ

Zie website [www.competentezorg.nl](http://www.competentezorg.nl)



Verwerkersovereenkomst  
tussen Competente Zorg en Dinz B.V.

## Verwerkersovereenkomst

in het kader van het verwerken van persoonsgegevens,  
zoals bedoeld in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (hierna genoemd: AVG).

*De ondergetekenden:*

Competente Zorg, statutair gevestigd te Heerlen, rechtsgeldig vertegenwoordigd door haar directeur/bestuurder, L. Goes, hierna te noemen "Verwerkingsverantwoordelijke", "Verantwoordelijke" en/of "de Zorgaanbieder"

en

Dinz B.V., statutair gevestigd te Zutphen, rechtsgeldig vertegenwoordigd door: M.J. Bomhof, directie, hierna te noemen "Verwerker"

Opdrachtgever en Opdrachtnemer hierna afzonderlijk ook aan te duiden als "Partij" en gezamenlijk als "Partijen".

*In overweging nemende dat*

- A. De zorgaanbieder aan verwerker de opdracht heeft gegeven om ten behoeve van de activiteiten van de zorgaanbieder diensten te verrichten, voor welke een separate overeenkomst is afgesloten;
- B. Verwerker is aan te merken als verwerker in de zin van de AVG en de zorgaanbieder is aan te merken als verwerkingsverantwoordelijke in de zin van de AVG, aangezien eerstgenoemde ten behoeve van laatstgenoemde gegevens verwerkt, zonder aan diens rechtstreeks gezag te zijn onderworpen en deze verantwoordelijke het doel van en de middelen voor de verwerking van de persoonsgegevens vaststelt;
- C. Verwerker op grond van zijn dienstverlening aan de zorgaanbieder persoonsgegevens verwerkt;
- D. De zorgaanbieder op grond van de AVG verplicht is een verwerkersovereenkomst te sluiten met verwerker;
- E. De definities die worden gebruikt in deze overeenkomst zijn overgenomen van de AVG;
- F. Zowel de zorgaanbieder als verwerker groot belang hechten aan het beschermen van de privacy van betrokkene(n);
- G. De gegevens die door verwerker, in opdracht van de zorgaanbieder worden verwerkt, privacygevoelig zijn vanwege de medische aard;
- H. Dat de AVG aan de zorgaanbieder de plicht oplegt om ervoor zorg te dragen dat verwerker voldoende waarborgen biedt ten aanzien van de technische en organisatorische beveiligingsmaatregelen met betrekking tot de te verrichten verwerkingen;
- I. De AVG daarnaast aan de zorgaanbieder de plicht oplegt om toe te zien op de naleving van die maatregelen;
- J. Verwerker heeft verklaard bereid en in staat te zijn om te voldoen aan de eisen die de AVG stelt ten aanzien van de technische en organisatorische beveiligingsmaatregelen met betrekking tot de door haar te verrichten diensten;
- K. De zorgaanbieder met een risicoanalyse heeft vastgesteld dat verwerker voldoende waarborgen biedt ten aanzien van de technische en organisatorische beveiligingsmaatregelen met betrekking tot de te verrichten verwerkingen, en dat er voldoende waarborgen zijn dat verwerker de verplichtingen nakomt die op de zorgaanbieder rusten ingevolge artikel 32 van de AVG.

# BIJLAGE 7 PRIVACYREGLEMENT

Zie website [www.competentezorg.nl](http://www.competentezorg.nl)



Privacyreglement 2018