

Bijlagen

Marije de Joode

Tilburg, mei 2014

BIJLAGE I: Reglement Klachtencommissie Bopz

titel document : Reglement Klachtencommissie BOPZ

Type document : beleidsregeling

Kenmerk : 2.13.2.reg.klBOPZ

Documentbeheer : voorzitter Regionale Klachtencommissie

Versienummer : 1.0

Status : vastgesteld

Vastgesteld door : Raad van Bestuur

Datum laatste wijziging :

Datum invoering : 01-01-2007

1. Doel

Amarant is lid van de regionale onafhankelijke klachtencommissie van zorgaanbieders Midden en West Brabant. De nota beschrijft samenstelling, positie, werkwijze, taken en bevoegdheden van de regionale klachtencommissie en de plichten van Amarant inzake klachten in het kader van de wet BOPZ.

2. Toepassingsgebied

Dit reglement geeft uitvoering aan de klachtenregeling van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen.

Dit klachtenreglement is van toepassing op de volgende zorgaanbieders in Midden- en West Brabant: Amarant

De Hondsborg Lambertijnenhof Prisma

SDW SOVAK

Sterrebos

Vincentius

3. Definities en afkortingen

Klacht:

Een klacht die zich richt tegen een beslissing als omschreven in artikel 41 BOPZ, namelijk:

een beslissing van de behandelaar dat de cliënt niet in staat is zijn wil te bepalen met betrekking tot de voorgestelde behandeling (wilsonbekwaam is);

een beslissing om over te gaan tot behandeling zonder toestemming van de cliënt om ernstig gevaar voor de cliënt of voor anderen af te wenden (dwangbehandeling);

toepassing van middelen en maatregelen in noodsituaties (afzondering, separatie, fixatie, gedwongen toediening van medicatie, vocht of voedsel);

beperking van bepaalde rechten, te weten het ontvangen en verzenden van post, het ontvangen van bezoek, bewegingsvrijheid in en rond de instelling, vrij telefoonverkeer;

het niet toepassen van het overeengekomen zorgplan.

Klager:

Degenen die een klacht kunnen indienen zijn: de cliënt op wie de beslissing(en) waarover wordt geklaagd, is (zijn) gericht, iedere andere in de instelling verblijvende cliënt, de echtgenoot, de ouder(s) met ouderlijk gezag, elke meerderjarige bloedverwant in de rechte lijn niet zijnde een ouder, en in de zijlijn tot en met de tweede graad, de voogd, de curator of mentor van de cliënt op wie de beslissing(en) waarover wordt geklaagd is/zijn gericht.

Zorgaanbieder:

De zorgaanbieder wordt in het kader van dit reglement vertegenwoordigd door de directie dan wel Raad van Bestuur.

Hulpverlener:

De persoon die, al dan niet in dienstverband, werkzaamheden verricht voor de zorgaanbieder.

Klachtencommissie:

De door de zorgaanbieders in het kader van de klachtenregeling ingestelde commissie die tot taak heeft de behandeling van klachten.

4. Inhoud

REGLEMENT KLACHTENCOMMISSIE BOPZ (p/a Opaaldijk 4, 4706 LT. Roosendaal)

1. BEGRIPSBEPALINGEN

Klacht

Een klacht die zich richt tegen een beslissing als omschreven in artikel 41 BOPZ, namelijk:

- een beslissing van de behandelaar dat de cliënt niet in staat is zijn wil te bepalen met betrekking tot de voorgestelde behandeling (wilsonbekwaam is);
- een beslissing om over te gaan tot behandeling zonder toestemming van de cliënt om ernstig gevaar voor de cliënt of voor anderen af te wenden (dwangbehandeling);
- toepassing van middelen en maatregelen in noodsituaties (afzondering, separatie, fixatie, gedwongen toediening van medicatie, vocht of voedsel);
- beperking van bepaalde rechten, te weten het ontvangen en verzenden van post, het ontvangen van bezoek, bewegingsvrijheid in en rond de instelling, vrij telefoonverkeer;
- het niet toepassen van het overeengekomen zorgplan.

Klager:

Degenen die een klacht kunnen indienen zijn: de cliënt op wie de beslissing(en) waarover wordt geklaagd, is (zijn) gericht, iedere andere in de instelling verblijvende cliënt, de echtgenoot, de ouder(s)

met ouderlijk gezag, elke meerderjarige bloedverwant in de rechte lijn niet zijnde een ouder, en in de zijlijn tot en met de tweede graad, de voogd, de curator of mentor van de cliënt op wie de beslissing(en) waarover wordt geklaagd is/zijn gericht.

Zorgaanbieder:

Prisma.

De zorgaanbieder wordt in het kader van dit reglement vertegenwoordigd door de directie dan wel Raad van Bestuur.

Hulpverlener:

De persoon die, al dan niet in dienstverband, werkzaamheden verricht voor de zorgaanbieder.

Klachtencommissie

De door de zorgaanbieders in het kader van de klachtenregeling ingestelde commissie die tot taak heeft de behandeling van klachten.

1. SAMENSTELLING, BENOEMING EN ONTSLAG LEDEN KLACHTENCOMMISSIE

1. De klachtencommissie bestaat uit 7 leden en hun plaatsvervangers. De klachtencommissie wordt zodanig samengesteld dat een deskundige en zorgvuldige beslissing op de klacht te allen tijde gewaarborgd is.
2. Van de commissie maken in ieder geval een jurist en een orthopedagoog deel uit. Daarnaast een arts en een Z-verpleegkundige. De voorzitter van de commissie is niet werkzaam voor of bij een van de zorgaanbieders.
3. Tenminste twee leden en hun plaatsvervangers worden benoemd op voordracht van de cliëntenraden/ouderverenigingen. De overige leden en hun plaatsvervangers worden benoemd door de directies.
4. De benoeming geldt voor een periode van 3 jaar. Herbenoeming is tweemaal mogelijk
5. De zorgaanbieder kan, op verzoek van de klachtencommissie, een lid van de klachtencommissie ontslaan uit zijn functie. Gronden voor ontslag zijn
 - eigen verzoek van het lid van de klachtencommissie;
 - het kennelijk op onvoldoende wijze vervullen van zijn functie.

2. POSITIE TEN OPZICHTE VAN DE ZORGAANBIEDER

De uitspraak van de klachtencommissie is bindend.

3. TAKEN VAN DE KLACHTENCOMMISSIE

Taken van de klachtencommissie

- Het onderzoeken van de klacht;
- Het geven van een oordeel over de gegrondheid van de klacht.
- Het doen van aanbevelingen naar aanleiding van de klacht

Uitbrengen van het oordeel omtrent de klacht

- De commissie neemt binnen 2 weken na ontvangst van de klacht een beslissing.
- De termijn is 4 weken als het een klacht betreft tegen een beslissing die ten tijde van het indienen van de klacht geen gevolgen meer heeft of waaraan in de tijd dat de klacht bij de commissie aanhangig is het gevolg is komen te vervallen.
- De klachtencommissie is bevoegd om de beslissing waarop de klacht betrekking heeft te schorsen.
- De beslissing wordt door de klachtencommissie gemotiveerd en schriftelijk meegedeeld aan de klager, de cliënt, de behandelend arts, de BOPZ-arts, de inspectie, de aangeklaagde en aan de zorgaanbieder.

Registratie van de werkzaamheden:

- het registreren van de werkzaamheden, de resultaten en de bevindingen; per jaar wordt een geanonimiseerd verslag uitgebracht aan de zorgaanbieder, de cliëntenraad/familieraad en de ondernemingsraad.

4. BEVOEGDHEDEN VAN DE KLACHTENCOMMISSIE

Ter vervulling van haar taak heeft de commissie bij de behandeling van een klacht en na melding bij de directie de navolgende bevoegdheid:

1. Vrije toegang tot de inrichting met inachtneming van elementaire beginselen betreffende de persoonlijke levenssfeer en het redelijkerwijs tegemoet komen aan de voorwaarden die vanuit de organisatie als instelling van gezondheidszorg worden gesteld.
2. De klager en/of de aangeklaagde wordt/worden in de gelegenheid gesteld de op de klacht betrekking hebbende stukken in te zien met inachtneming van de wettelijke regelingen ter zake en vereiste vertrouwelijkheid.
3. Als vertrouwelijk worden aangemerkt die stukken waarvan de opsteller met argumenten aangeeft dat ze beter niet rechtstreeks ter kennis van de klager (cliënt) kunnen worden gebracht (de zogenaamde medische exceptie). Stukken die in deze zin als vertrouwelijk worden aangemerkt, kunnen worden ingezien door een gemachtigde van de klager (cliënt).
4. Het voor "hoor" en "wederhoor" oproepen van personen binnen de organisatie die redelijkerwijze bij de betreffende klacht betrokken kunnen worden geacht. Wanneer medewerkers worden opgeroepen door de klachtencommissie en zij dit wensen, kunnen zij zich laten bijstaan door een vertrouwenspersoon. Iedereen kan voor de medewerker als

vertrouwenspersoon functioneren. Een eventuele vergoeding voor het werk van een vertrouwenspersoon kan niet voor rekening van de instelling komen.

5. ONTVANKELIJKHEID VAN EEN KLACHT

Een klacht is niet ontvankelijk indien:

1. een inhoudelijk gelijke klacht van klager nog bij de commissie in behandeling is, of de commissie omtrent een inhoudelijk gelijke klacht van klager al een uitspraak heeft gedaan.
2. de klager niet klachtgerechtigd is.
3. er geen in de BOPZ geregelde klachtgrond aanwezig is

Indien de commissie tevens als klachtencommissie ingevolge de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) functioneert, wordt de klacht die niet ontvankelijk is verklaard om de reden als in lid 3 aangegeven, behandeld als ware de klacht een WKCZ-klacht.

6. WERKWIJZE KLACHTENCOMMISSIE

1. Een klacht zal pas dan door de commissie in behandeling worden genomen nadat deze schriftelijk is vastgesteld. De indiener kan de klacht desnoods ook mondeling indienen, maar dan zal degene die de klacht namens de commissie in ontvangst neemt alsnog overgaan tot de schriftelijke vastlegging in overleg met de indiener. Van belang is dat de klacht nauwkeurig omschreven wordt. Een afschrift hiervan wordt naar de directie gezonden, alsmede naar de indiener en naar degene tegen wie de klacht is gericht.
2. De commissie behandelt in principe alleen individuele klachten, dus geen klachten van een groep. In het laatste geval kan doorverwezen worden naar het bestuur van de Oudervereniging/Cliëntenraad of aangeraden worden dat elk der ouders een klacht indient.
3. De contactpersoon van de klachtencommissie -gewoonlijk de secretaris- neemt de klachten in ontvangst zonder zelf de behandeling reeds ter hand te nemen, c.q. reeds een standpunt in te nemen. Hij/zij gaat na of de klager voorliggende interne mogelijkheden van klachtopvang cq. klachtbemiddeling heeft benut. Is dat niet het geval dan adviseert de secretaris klager van deze mogelijkheden gebruik te maken. Voorts kan de secretaris -indien van toepassing- klager erop wijzen dat de klacht zich beter leent voor indiening bij een andere instantie, bijvoorbeeld de medische tuchtrechter, de strafrechter, de civiele rechter. Indien klager ondanks nog openstaande andere wegen erop staat, dat zijn klacht door de commissie in behandeling wordt genomen, gaat de commissie tot die behandeling over.
4. De commissie spreekt met beide partijen bij voorkeur in elkaars aanwezigheid (plenaire zitting). Indien klager zulks wenst wordt hij/zij voor de plenaire zitting afzonderlijk door de commissie gehoord. Wanneer "hoor" en "wederhoor" plaatsvinden, maakt de commissie hiervan steeds een verslag op. De diverse betrokkenen hebben recht op het verslag van het gesprek dat met hen is gevoerd en zijn zelf verantwoordelijk voor verdere hantering hiervan. De commissieleden zijn tot geheimhouding verplicht. De commissie hanteert de verslagen en andere stukken als vertrouwelijke informatie. Tenzij alle betrokkenen het ermee eens zijn, worden geen stukken aan derden ter beschikking gesteld.
5. Aan de behandeling van een klacht nemen tenminste 5 leden van de commissie deel, onder wie de onafhankelijk voorzitter. Bij behandeling van een klacht zijn in ieder geval een jurist en een orthopedagoog betrokken.
6. Aan de behandeling van een klacht wordt niet deelgenomen door een persoon tegen wiens besluit of gedraging de klacht is gericht, of door een persoon die op een andere manier bij de klacht betrokken is.
7. De klager en de hulpverlener tegen wiens beslissing de klacht is gericht, kunnen zich doen bijstaan door hen aan te wijzen personen.

7. BEROEPSMOGELIJKHEID RECHTER

Als er door de commissie binnen twee weken cq. 4 weken geen beslissing genomen is of de klacht is ongegrond verklaard dan kan de klager, indien hij tevens cliënt is, een verzoek indienen bij de arrondissementsrechtbank ter verkrijging van diens beslissing.

Ook kan de klager de inspecteur vragen een verzoekschrift bij de rechter in te dienen. Deze is verplicht dit binnen 2 weken in te dienen tenzij hij de klager niet ontvankelijk acht.

De rechter beslist binnen 4 weken na de indiening van het verzoekschrift.

bijlage

PLICHTEN VAN DE ZORGAANBIEDER

1. Vaststellen klachtenreglement

De zorgaanbieder stelt een reglement vast voor de behandeling van klachten van cliënten. Dit reglement behoeft de instemming van de cliëntenraad/familieraad en de ondernemingsraad.

2. Bekendmaken klachtenreglement

De zorgaanbieder maakt het klachtenreglement bekend aan de cliënten. Daarbij is aangegeven het adres waar een klacht kan worden ingediend.

3. Mededeling naar aanleiding van het oordeel van de klachtencommissie

Als de klachtencommissie een klacht gegrond heeft verklaard geeft de zorgaanbieder zo spoedig mogelijk gevolg aan deze uitspraak

4. Beschikbaarstellen van faciliteiten

De zorgaanbieder stelt de klachtencommissie die middelen en faciliteiten ter beschikking, die hij redelijkerwijs nodig heeft ter vervulling van zijn taak.

5. Opstellen jaarverslag

De zorgaanbieder stelt over elk kalenderjaar een openbaar verslag op, waarin het totaal en de aard van de door de klachtencommissie behandelde klachten worden aangegeven. Voor 1 april van het daarop volgende kalenderjaar dient dit verslag te worden toegezonden aan de bevoegde regionale inspecteur van het staatstoezicht op de volksgezondheid.

6. Verbetering van de kwaliteit

Op basis van de klachtencommissie geïnventariseerde klachten worden structurele tekortkomingen in de zorg en/of dienstverlening gesignaleerd. Deze signalen en de uitgebrachte adviezen door de klachtencommissie worden door de zorgaanbieder aangewend voor verbetering van de kwaliteit van de zorg en/of dienstverlening.

7. Evaluatie en wijziging van het klachtenreglement

7.1 Twee jaar na inwerkingtreding van dit klachtenreglement vindt een evaluatie plaats door de zorgaanbieder. De cliëntenraad/familieraad, de ondernemingsraad en de klachtencommissie worden hiertoe gehoord.

7.2 Dit reglement kan, na overleg met de klachtencommissie, worden gewijzigd door de zorgaanbieder. Wijziging behoeft de instemming van de cliëntenraad/familieraad en de ondernemingsraad.

8. Leemte klachtenreglement

In alle gevallen, waarin dit klachtenreglement niet voorziet, beslist de zorgaanbieder na overleg met de klachtencommissie.

5. Einde document

Bijlage II: Matrix beleidsvarianten individuele vrijheidsbeperkingen

Matrix beleidsvarianten individuele vrijheidsbeperkingen

Uitgaande van de visie op vrijheidsbeperkingen (nee, tenzij...) van de Amarantgroep en de 10 grondregels respectvolle bejegening van de Amarantgroep en rekening houdend met huidige wet en regelgeving (BOPZ en WGBO) en gedeeltelijk anticiperend op de toekomstige wet Zorg en Dwang (gezien het reeds door IGZ gehanteerde het toetsingskader) heeft de Amarantgroep het volgende beleid.

De volgende categorieën van individuele vrijheidsbeperkingen worden onderscheiden: A. fixeren

- B. afzonderen en separeren
- C. onder dwang toedienen van medicatie, vocht of voeding
- D. domotica
- E. ruimtelijke beperkingen: beperkingen in het verlaten of betreden van een ruimte (bijvoorbeeld: niet zonder toestemming naar buiten mogen, keuken of badkamer niet in kunnen, gesloten afdeling, deurverklippers, etc)
- F. beperkingen in voorwerpen / goederen (bijvoorbeeld sigarettenschema, alcoholrantsoen, belschema, geen huisdieren)
- G. beperkingen in omgang / contacten: verbieden onderlinge relaties,

Niet voor elke vrijheidsbeperking geldt een zelfde beleidslijn met betrekking tot verantwoording, evaluatie en het getrapte model. De intensiteit is verschillend. Er bestaan 3 varianten. Voor de categorieën A, B en C gelden altijd het meest intensieve beleid (variant 1). Het beleid wat gehanteerd dient te worden categorieën D tot en met G is afhankelijk van:

- of er sprake is van vrijwillige of onvrijwillige zorg of dwang:
- of de client wilsbekwaam ter zake is of niet.

In onderstaande matrices wordt aangegeven welke beleidsvariant van toepassing is. Vervolgens worden de 3 varianten beschreven. Daarbij dient opgemerkt te worden dat deze varianten kaderstellend zijn en dat de varianten specifiek en concreet anders ingevuld kunnen worden door de MT's van de diverse divisies (wijkzorg, Idris en centrumlocaties).

		Dwang: <i>Geen instemming en/of verzet</i>	Akkoord: <i>Instemming + geen verzet</i>
A	Fixeren	V1²	V1
B	Afzonderen / separeren	V1²	V1
C	Onder dwang toedienen van medicijnen, voeding en of vocht	V1²	

		Dwang	Onvrijwillige zorg	Vrijwillige zorg¹
		- Client is wilsbekwaam ter zake en stemt niet in en/of verzet zich; of: - Wettelijk vertegenwoordiger wilsonbekwame dwang	Client is wilsonbekwaam ter zake, wettelijk vertegenwoordiger stemt in maar client verzet zich gericht (WGBO)	Instemming en geen verzet (WGBO)
D	Domotica	V1²	V2	V3
E	Ruimtelijke beperkingen	V1²	V2	V3
F	Beperkingen in voorwerpen / goederen	V1	V2	V3

G	Beperkingen in contact / omgang	v¹	V2	V3
----------	--	----------------------	-----------	-----------

¹ vrijwillige zorg (akkoord) wil zeggen dat de client (indien wilsbekwaam ter zake) of diens wettelijk vertegenwoordiger (indien client wilsonbekwaam ter zake is) middels het zorgplan instemt met de vrijheidsbeperking en de client tijdens uitvoering geen verzet toont

² Indien BOPZ-Dwang: mag alleen toegepast op een BOPZ erkende voorziening en dient gemeld te worden bij

In Bijlage 1 is in een stroomschema aangegeven hoe voor de categorieën D t/m F kan worden bepaald welke variant van toepassing is.

RM en IBS:

Daarnaast kunnen alleen bij cliënten met een RM of IBS andere beperkingen worden opgelegd:

- beperking in het recht op bezoek
- beperking in het recht op vrij telefoonverkeer
- beperking in het recht op briefgeheim/post

Hiervoor geldt ook beleidslijn variant 1.

Formulieren:

Voor de registratie, plan van aanpak en evaluatie zijn formulieren ontwikkeld die te vinden zijn in het kwaliteitshandboek. Er zijn 2 versies: PP en VPP. Dit heeft te maken dat er momenteel fasegewijs een nieuw VPP wordt ingevoerd binnen de Amarantgroep. De formulieren zijn te vinden onder 2.8.3 tot en met 2.8.10.

De formulieren zijn onderdeel van het zorgplan.

Waarop anticipeert Amarant vooralsnog niet mbt de Wet Zorg en Dwang:

- gedragsmedicatie als onvrijwillige zorg
- persoonlijk begeleider als procesregisseur vrijheidsbeperkingen

In alle gevallen is het indiceren, registreren, evalueren, afbouwen en beëindigen van vrijheidsbeperkingen de verantwoordelijkheid van de / een behandelaar van de client.

Variant 1: de intensieve variant

Verantwoording: volledige verantwoording middels registratieformulier in het zorgplan

Het volledig door behandelaar ingevulde en ondertekende registratieformulier wordt opgenomen in het zorgplan.

Vooraf second opinion collega

Vooraf aan de start van toepassing door een niet bij de behandeling betrokken deskundige beoordeeld door middel van een second opinion op noodzaak, doeltreffendheid, proportionaliteit en subsidiariteit. Met andere woorden de behandelaar raadpleegt een collega. Basis voor de second opinion is een ingevuld registratieformulier (BOPZ of WGBO).

Bij fixaties en afzonderingen tevens toets op medische contra-indicatie

Plan van aanpak / perspectief

Er dient een plan van aanpak gericht op afbouw / beëindiging / alternatief aantoonbaar in het zorgplan aanwezig te zijn. De behandelaar die verantwoordelijk is voor de vrijheidsbeperking is verantwoordelijk voor het opstellen van dit plan van aanpak. Hiervoor wordt het sjabloon Plan van Aanpak afbouw gehanteerd.

In geval BOPZ en dwang dan melden aan IGZ

Evaluatie

- multidisciplinair en met client(vertegenwoordiger)
- frequentie: eerste maal na 4 maanden en vervolgens ieder half jaar
- aantoonbaar middels evaluatieverslag volgens format
- na iedere evaluatie rapportage over voortgang van het proces en resultaten van het plan van aanpak aan de districtscommissie BOPZ en geneesheer-directeur

Getrapte model

Indien na 2 evaluaties (10 maanden) geen ontwikkeling te zien is in het werken naar afbouw/beëindiging/ alternatief of de behandelaar eerder een status quo ervaart of geen perspectief

ziet wordt door de behandelaar een toetsing door deskundige(n) uit een ander RVE of andere organisatie of intern expertteam³ van niet bij de behandeling betrokken deskundigen aangevraagd. Leidt ook dit ook niet tot nieuwe aangrijpingspunten / perspectieven of na 2 evaluaties niet tot resultaat dan wordt externe deskundige geraadpleegd. Indien ook dat tot geen nieuwe aanknopingspunten en/of resultaten leidt wordt aan de Raad van Bestuur gerapporteerd met verzoek gedoogbeleid. Vervolgens wordt wel ieder half jaar geëvalueerd.

Beëindiging of inzet alternatief

Indien een vrijheidsbeperking wordt beëindigd wordt op het evaluatieformulier aangegeven of de cliënt(vertegenwoordiger) instemt met de beëindiging. Indien een minder ingrijpend alternatief wordt ingezet dient deze opnieuw geregistreerd en geëvalueerd te worden.

Variant 2: tussenvariant

Verantwoording: volledige verantwoording middels registratieformulier in het zorgplan

Het volledig ingevulde en ondertekende registratieformulier wordt opgenomen in het zorgplan.

Vooraf second opinion collega

Vooraf aan de start van toepassing door een niet bij de behandeling betrokken deskundige beoordeeld door middel van een second opinion op noodzaak, doeltreffendheid, proportionaliteit en subsidiariteit. Met andere woorden de behandelaar raadpleegt een collega. Basis voor de second opinion is een ingevuld registratieformulier (BOPZ of WGBO).

Bij fixaties en afzonderingen tevens toets op medische contra-indicatie

Plan van Aanpak

Niet verplicht. Dat wil niet zeggen dat ook hiervoor geldt dat actief op zoek moet worden gegaan naar minder ingrijpende alternatieven of afbouw.

Evaluatie

- multidisciplinair en met client(vertegenwoordiger)
- frequentie: ieder half jaar
- aantoonbaar middels evaluatieverslag volgens format

Getrapte model

Niet verplicht

Variant 3: de 0-variant: als begeleidingsafpraak in het zorgplan

De afspraak of het middel is geen vrijheidsbeperking en wordt daarom als reguliere begeleidingsafpraak geregistreerd in het zorgplan, inclusief reden en doel.

De afspraak wordt in de context van het zorgplan minimaal jaarlijks multidisciplinair en met client(vertegenwoordiger) geëvalueerd. Van belang daarbij is om na te blijven nagaan of de afspraak effectief is en of client(vertegenwoordiger) nog steeds geen verzet toont.

Geen second opinion, plan van aanpak of getrapte model nodig

³ Dit team wordt door de RVE-manager samengesteld in overleg stafafdeling KKB op basis van de individuele casus (doelgroep, risico, problematiek en aard vrijheidsbeperking) met deskundigen uit andere RVE's. In het expertteam heeft minimaal zitting een arts of gedragskundige. Daarnaast maken afhankelijk van de casus andere deskundigen deel uit van het team. Te denken valt aan een paramedicus, therapeut, een systeemtheoreticus, een consultant Kwaliteit en veiligheid en/of een senior.

BIJLAGE 1