****

**Model Samenwerkingsovereenkomst Wlz GGZ 2021[[1]](#footnote-2)**

Ondergetekenden:

1. **A (woonzorgaanbieder)**, statutair gevestigd te [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_], ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_], kantoorhoudende te [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] ten deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_], bestuurder; hierna te noemen: [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_];

**en**

1. **B (aanbieder GGZ behandeling)** statutair gevestigd te [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_], ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_], kantoorhoudende te [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] ten deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_], bestuurder; hierna te noemen: [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_];

tezamen de “**partijen**”,

Aanvaarden deze overeenkomst door ondertekening en verbinden zich hiermee aan al haar bepalingen.

**A. ALGEMENE BEPALINGEN**

1. **Definities**

Partijen verstaan voor de toepassing van deze overeenkomst het volgende onder:

1. Integraal woonzorgplan: het zorgleefplan zoals opgesteld door de A, waarin A vanuit de rol als regievoerder informatie uit het behandelplan van B opneemt, zoals verder bepaald in deze overeenkomst.
2. Behandelplan: het individuele behandelplan, zoals opgesteld door B, waarin in samenspraak met de client de zorgvraag, de persoonlijke behandel- en rehabilitatiedoelen en de daarbij gekozen behandelelementen worden beschreven.
3. **Reden voor de overeenkomst**

Zorgkantoren verwachten van zorgaanbieders en behandelorganisaties dat zij afspraken maken over het goed afstemmen van hun inzet voor gezamenlijke cliënten in de Wet langdurige zorg (Wlz) om daarmee te werken aan optimale, integrale en samenhangende zorg. Deze zorg is gericht op het herwinnen van de regie over het eigen leven van de cliënten en het vergroten van hun welbevinden en weerbaarheid. Deze overeenkomst is opgesteld om de [reeds bestaande] samenwerking in de uitvoeringspraktijk tussen A en B, die beiden zorg verlenen aan cliënten die wonen bij A of die ambulante zorg (zoals volledig pakket thuis (vpt) of modulair pakket thuis (mpt) ontvangen van A], in het kader van de Wet langdurige zorg te formaliseren, waarbij A woonzorg aanbiedt en B GGZ-behandeling aanbiedt.

De overeenkomst ziet op het modulaire bekostigingsmodel (3b) zoals opgenomen in de NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis. In dit model werken meerdere zorgaanbieders samen aan de zorg voor een cliënt, waarbij de woonzorgaanbieder een regisserende rol heeft. Met regievoering wordt in dit verband bedoeld dat de woonzorgaanbieder verantwoordelijk is voor de afstemming tussen woonzorg, de specifieke behandeling en de ggz-behandeling. De woonzorgaanbieder is ervoor verantwoordelijk dat de benodigde behandeling integraal deel uitmaakt van de zorg aan de cliënt. Declaratie van woonzorg [en/of ambulante zorg] gebeurt door de regisserende zorgaanbieder. Het zorgkantoor sluit geen contract af met de woonzorgaanbieder voor de levering van ggz-behandeling en/of specifieke behandeling [in het kader van deze samenwerking] [voor de locaties \_\_\_\_\_\_\_\_]. Declaratie van de ggz-behandeling en/of specifieke behandeling wordt daarbij zelfstandig gedaan door de aanbieder deze behandelingen.

1. **Duur van de overeenkomst**
	1. Deze overeenkomst wordt aangegaan voor [onbepaalde tijd // voor [ ] jaar + contractuele opzegmogelijkheid behouden in 4.1].
	2. Aanpassingen in de afspraken, zoals vermeld in deze overeenkomst worden, na schriftelijke goedkeuring, datering en ondertekening door beide partijen, in vorm van een bijlage toegevoegd aan deze overeenkomst.
	3. Partijen komen overeen deze overeenkomst in goed overleg tijdig aan te zullen passen indien dat nodig blijkt te zijn in verband met de nieuwe financieringssystematiek voor de GGZ per 2022.
	4. Indien enige bepaling van deze overeenkomst nietig is dan wel vernietigd wordt, of aangepast zoals bedoeld in dit artikel 3.2, zullen de overige bepalingen van kracht blijven. Partijen zullen in overleg treden om nieuwe bepalingen ter vervanging van de nietige c.q. vernietigde aan te passen bepalingen overeen te komen, waarbij zoveel mogelijk het doel en de strekking van de nietige c.q. vernietigde c.q. aangepaste bepalingen in acht worden genomen.
2. **Opzegging en beëindiging samenwerkingsovereenkomst**
	1. Indien één der partijen deze overeenkomst wenst te beëindigen, geldt een opzegtermijn van [xx] maanden, tegen het einde van een maand.
	2. De overeenkomst eindigt met onmiddellijke ingang indien:
3. A, respectievelijk B wordt opgeheven;
4. Ten laste van A, respectievelijk B, een executoriaal beslag wordt gelegd, (voorlopige) surseance van betaling wordt aangevraagd of indien een van de partijen in staat van faillissement verkeert of dreigt te gaan verkeren;
5. Een van de partijen de verplichtingen uit deze overeenkomst na een deugdelijke ingebrekestelling, met termijnstelling van 30 dagen, niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt;
6. Een van de partijen geen wettelijke basis meer heeft om de betreffende zorg uit te voeren (zoals intrekking van WTZi voor de betreffende zorg en/of behandeling);
7. Indien een der partijen een natuurlijk persoon is, ingeval van overlijden van een der partijen;
	1. De partij die de overeenkomst wenst te beëindigen, dient de andere partij hiervan middels een aangetekend schriftelijk schrijven op de hoogte te stellen.
	2. Opzegging van de onderhavige overeenkomst brengt niet met zich mee dat de zorgovereenkomsten zoals door elk der partijen gesloten is met individuele cliënten, beëindigd worden. Deze zorgovereenkomsten zullen voortgezet worden tenzij er sprake is van een gewichtige reden voor opzegging. Partijen verplichten zich ertoe in te staan voor goede zorg aan individuele cliënten, en de andere partij steeds in de gelegenheid te stellen om blijvend goede zorg te verlenen aan individuele cliënten, ondanks opzegging van de onderhavige overeenkomst.
	3. Partijen zullen ieder tevens het zorgkantoor informeren en in overleg treden in verband met de beëindiging van de samenwerkingsovereenkomst.
8. **Overdracht**
	1. Partijen mogen de rechten en verplichtingen, zoals opgenomen in deze overeenkomst niet (gedeeltelijk) overdragen aan derden zonder voorafgaande schriftelijke goedkeuring van de wederpartij.
9. **Informatievoorziening**
	1. Partijen verplichten zich om de wederpartij tijdig te informeren over zaken die van invloed kunnen zijn op de tijdige en/of behoorlijke nakoming van de verplichtingen zoals opgenomen in deze overeenkomst.
	2. Partijen verplichten zich om de wederpartij schriftelijk te informeren voorafgaand aan wijzigingen die invloed hebben op de zorg voor cliënten, de uitvoering van de werkzaamheden van betrokken medewerkers en/of wijziging in kosten voor de wederpartij betekenen. Voor deze informatieplicht geldt een termijn van tenminste 14 dagen of zoveel meer als redelijkerwijs nodig is voor de andere partij om haar dienstverlening op deze wijzing(en) aan te kunnen passen.
	3. Partijen zijn verplicht om (uitvoerend) betrokkenen schriftelijk te informeren over de verplichtingen zoals opgenomen in deze overeenkomst.

**B. VERPLICHTINGEN**

1. **Algemene verplichtingen A**
	1. A is eindverantwoordelijk voor het totale pakket van persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging, verblijf, dagbesteding en aanvullende diensten dat integraal, passend en verantwoord verleend wordt aan haar cliënten.
	2. A is daarnaast ook verantwoordelijk voor de regievoering, waardoor afgestemde zorg voor de cliënt wordt gerealiseerd. Dit betekent dat A verantwoordelijk is voor de afstemming tussen de woonzorg, de specifieke behandeling en de ggz-behandeling. A is er verantwoordelijk voor de benodigde behandeling integraal deel uitmaakt van de zorg aan de cliënt. Deze regierol is belegd op organisatieniveau en op casusniveau.
	3. Op organisatieniveau zijn de taken voor A onder andere:
		1. Het initiëren en faciliteren van de samenwerking met iedere Wlz zorgaanbieder;
		2. het organiseren van een jaarlijkse evaluatie met iedere zorgaanbieder, waaronder B, over de werking en uitvoering van de onderhavige samenwerkingsovereenkomst. Daarbij komen tenminste de volgende zaken aan de orde:
			* evaluatie en indien nodig bijstelling van de gemaakte afspraken zoals vastgelegd in de onderhavige samenwerkingsovereenkomst;
			* geleverde kwaliteit, en
			* relevante ontwikkelingen.
		3. Het opstellen van de agenda en de notulen van het evaluatiegesprek. De notulen worden binnen 30 dagen ter goedkeuring voorgelegd aan de betrokkenen.
		4. Het initiëren, organiseren van en meewerken aan een jaarlijks werkoverleg met leidinggevenden en professionals van A en B om (samenwerkings)processen verder te verbeteren, in de mate waarin dit verhouding tot de samenwerking;
		5. Initiëren en mede-ontwikkelen van protocollen, procedures en richtlijnen;
		6. Initiëren en opvolgen van gezamenlijke verbeterplannen, projecten en implementeren van nieuwe werkwijzen en methoden;
		7. Het zorgdragen voor passende werkomstandigheden op basis waarvan ggz-professionals van B optimaal de behandelwerkzaamheden kunnen verrichten;
		8. Het maken van afspraken over het component woonzorg met het zorgkantoor;
		9. Daar waar mogelijk een bijdrage leveren in de door B met het zorgkantoor te maken afspraken over ggz-behandeling.
	4. Op casus (cliëntgebonden) niveau zijn de taken voor A onder andere:
		1. Het leveren van woonzorg;
		2. Het zorgdragen voor participatie van de cliënt en inspraak op het integrale woonzorgplan en de keuze van de regisserende woonzorgprofessional;
		3. Het zicht houden op integrale zorg aan de cliënt, waarbij de benodigde behandeling door B deel uitmaakt van de totale zorg aan cliënt;
		4. Het zorgdragen aan participatie door cliënt en inspraak op het integrale woonzorgplan en het behandelplan;
		5. Het initiëren en faciliteren van het gezamenlijk (multidisciplinair) en het op elkaar afstemmen van integrale woonzorgplan en behandelplan;
		6. Het minimaal [ ] per jaar organiseren van periodiek multidisciplinair casuïstiekbesprekingen (incl. eventueel ketenpartners[[2]](#footnote-3)) over de voortgang van de integrale zorg aan een cliënt. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan mogelijke somatische screening. Indien wenselijk of bij wijzigingen in de persoonlijke situatie van de cliënt vindt dit overleg vaker plaats. A initieert, zorgt voor de planning van de bespreking en nodigt betrokkenen tijdig uit, waaronder de cliënt en cliëntvertegenwoordiger. A legt ook de gemaakte afspraken vast in het integrale woonzorgplan. Tijdens het MDO worden de wensen en behoeften van de cliënt besproken. Aan de hand hiervan wordt door A in afstemming met alle betrokkenen het integrale woonzorgplan vastgesteld, geëvalueerd en indien nodig bijgesteld. Het integrale woonzorgplan wordt door A afgestemd op en bevat elementen van het behandelplan van B, evenals een toelichting hoe het integrale woonzorgplan en het behandelplan zich tot elkaar verhouden. Dit is inclusief alle deelplannen (zoals de crisiskaart, de verzorgingskaart enz). Daarnaast vindt een medicatiebeoordeling plaats en wordt beoordeeld of de huidige Wlz indicatie nog passend is. Indien de huidige indicatie niet aansluit bij de huidige zorgvraag neemt A contact op met het CIZ zoals hierna bedoeld onder (m). Vaste onderdelen van de hier bedoelde bespreking zijn:
			* + Het huidige functioneren van de cliënt op de verschillende leefgebieden;
				+ de voortgang van de zorg (Woonzorg en behandeling. Medicatie is hierbij ook een belangrijk onderdeel);
				+ eventuele bijstelling van woonzorgdoelen en behandeldoelen;
				+ afspraken ten aanzien van woonzorg, GGZ-behandeling, signaleringsplan en medicatie;
				+ Tijdens het MDO wordt een datum voor het volgend MDO afgesproken.
		7. Het vastleggen van de in besprekingen gemaakte afspraken (vastlegging) en deze toe te zenden B.
		8. Het tijdig informeren van ketenpartners, verwijzers en netwerkverbanden als dat nodig is voor de uitvoering van de zorg voor de cliënt als geheel;
		9. Het monitoren van uitvoering van de afspraken in het integrale woonzorgplan door betrokken professionals en indien nodig aanspreken van betrokkenen op niet nakomen van afspraken;
		10. Signaleren van gedragsveranderingen bij cliënten en verandering in zorgvraag actief monitoren en adresseren bij betrokken professionals;
		11. Gevraagd en ongevraagd advies en feedback t.a.v. bejegening van en omgang met cliënten (o.a. in de vorm van casuïstiekbespreking en intervisie) binnen de daarvoor geldende kaders van de AVG.
		12. Eindverantwoordelijk voor het gezamenlijk opstellen van het integrale woonzorgplan;
		13. Het aanvragen van Wlz (her)indicaties voor/namens cliënten na voorafgaand overleg met B, cliënt en cliëntvertegenwoordiger;
	5. A is verantwoordelijk voor het eerste contact met nieuwe cliënten die instromen.
	6. De verslaglegging in en archivering van het integrale woonzorgplan is de verantwoordelijkheid van A.
	7. Ingeval van een melding van een calamiteit onder de verantwoordelijkheid van A waarbij een cliënt van B betrokken is, informeert A hierover B op zo kort mogelijke termijn.
2. **Algemene verplichtingen B**
	1. B is eindverantwoordelijk voor de GGZ-behandeling, zoals die geleverd wordt aan cliënten van A.
	2. Op grond van deze overeenkomst verbindt B zich ertoe mee werken aan een goede afstemming tussen de GGZ-behandeling en de door A aangeboden zorg, zowel op organisatieniveau als op casusniveau.
	3. Op organisatieniveau zijn de taken voor B:
		1. Het meewerken aan een jaarlijkse evaluatie met A over de werking en uitvoering van de onderhavige samenwerkingsovereenkomst;
		2. Het meewerken aan een jaarlijks evaluatie werkoverleg met leidinggevenden en professionals van A en B om samenwerkingsprocessen verder te verbeteren;
		3. Mede-ontwikkelen van protocollen, procedures en richtlijnen over de zorg die wordt geleverd in het kader van de samenwerkingsovereenkomst;
		4. Betrokkenheid en inzet bij gezamenlijke verbeterplannen, projecten en implementeren van nieuwe werkwijzen en methoden;
		5. Gevraagd en ongevraagd advies en feedback t.a.v. begeleiding van cliënten (o.a. in de vorm van casuïstiekbespreking en intervisie);
		6. Daar waar mogelijk deelnemen aan kennismaking/intake gesprekken door A, die mogelijk leiden tot instroom op de woonzorglocatie van A dan wel een opname in de kliniek;
		7. Het maken van afspraken over het leveren van GGZ-behandeling met het zorgkantoor;
		8. Daar waar mogelijk een bijdrage leveren aan de door A met het zorgkantoor te maken afspraken over woonzorg.
	4. Op casus (cliëntgebonden) niveau zijn de taken voor B:
		1. Het daar waar nodig geacht voorschrijven en wijzigen van de op het psychiatrische toestandsbeeld gerichte medicatie alsmede de monitoring van het effect, de bijwerkingen en eventuele interacties, op basis van aanvullend onderzoek zoals bijvoorbeeld bloedspiegels (lab-uitslagen), conform geldende professionele richtlijnen. De GGZ-behandelaar werkt hierin volgens een medicatieprotocol;
		2. Het bijdragen aan participatie door cliënt en inspraak op het integrale woonzorgplan en het behandelplan en de keuze van de GGZ-professional;
		3. Het bieden van inzet van GGZ-behandeling met voldoende kwaliteit, intensiteit en frequentie binnen het vastgestelde zorgprofiel;
		4. Daar waar mogelijk en nodig meewerken aan de aanvraag voor (her)indicatie door of namens de cliënt, bijvoorbeeld door het aanleveren van benodigde documenten en verklaringen inzake diagnose en prognose;
		5. Het medewerking verlenen aan periodieke multidisciplinaire besprekingen per cliënt;
		6. gevraagd en ongevraagd advies en feedback geven aan woonzorgprofessionals ten aanzien van de begeleiding van cliënten;
		7. zorgdragen voor verslaglegging in en archivering van het behandeldossier;
		8. het zoveel mogelijk bieden van continuïteit van de psychiatrische behandeling voor de cliënt door enerzijds de aanwijzing van een vaste regiebehandelaar en een vaste casemanager en anderzijds periodieke contactmomenten (afspreken van frequentie). Bij afwezigheid van een GGZ-professional zorgt B voor tijdige vervanging van die GGZ-professional. Voor cliënten van A die bij B in behandeling zijn gelden reguliere (wettelijke) regels en beleid voor verwijzing, indicatiestelling en start behandeling. Wanneer er sprake is van wachttijden voor intake of behandeling worden afspraken gemaakt over de overbrugging inzake behandeling.
	5. In geval van een melding van een calamiteit onder de verantwoordelijkheid van B waarbij een cliënt van A betrokken is, informeert B hierover A op zo kort mogelijke termijn.
	6. De verslaglegging in en archivering van het behandeldossier is de verantwoordelijkheid van B.
3. **Gezamenlijke verplichtingen**
	1. Wonen, begeleiding en behandeling zijn verbonden. De behandelaren van B en begeleiders van A werken vanuit een op elkaar afgestemd integraal woonzorgplan, met eigen deelplannen daarin. Daarin zijn in ieder geval opgenomen:
		1. Persoonlijke behandel- en begeleidingsdoelen en afspraken over ‘wie doet wat wanneer’;
		2. Signaleringsplan;
		3. Indien sprake van verpleging of verzorging: verzorgingskaart.
	2. Verplichtingen op organisatieniveau (niet-cliëntgebonden) zijn:
		1. De partijen zijn op operationeel niveau goed bereikbaar voor elkaar. Er zijn goede afspraken over de aanspreekpunten/contactpersonen;
		2. Het geven van scholing, voorlichting en instructies;
		3. Beide partijen spannen zich in gezamenlijkheid in om verbeterprojecten te initiëren en uit te voeren om de kwaliteit van zorg te verbeteren.
		4. Contact onderhouden met ketenpartners, verwijzers en netwerkverbanden met betrekking tot het bieden van GGZ woonzorg;
		5. Bij incidenten, complicaties of calamiteiten informeren beide partijen elkaar en pakken zij de analyse van de toedracht, oorzaken en mogelijke verbeteringen naar aanleiding van het incident, de complicatie of de calamiteit in gezamenlijkheid op onder regie van de woonzorgaanbieder;
	3. Verplichtingen op casusniveau (cliëntgebonden) zijn:
		1. Beide partijen nemen te allen tijde de wensen en behoeften van de cliënt als uitgangspunt.
		2. Goed voorbereiden van multidisciplinaire besprekingen via gerichte, nader af te spreken informatieverzameling ten aanzien van de voortgang van de woonzorg, de behandeling, medische zorg en het medicijngebruik (samenhangende beeldvorming);
		3. Regelmatig tussentijdse terugkoppelingen geven over het verloop van de afspraken ten aanzien van respectievelijk de woonzorg en de behandeling;
		4. Gevraagd en ongevraagd advies en feedback geven aan professionals van de wederpartij ten aanzien van respectievelijk de woonzorg of de behandeling van cliënten;
		5. Signalen van gedragsveranderingen bij cliënten en verandering in zorgvraag actief monitoren en adresseren bij de betrokken professionals;
		6. Bij (dreigende) crisis en terugval vindt er op korte termijn overleg plaatsen tussen woonzorg- en behandelprofessionals en kan de behandeling snel en adequaat geïntensiveerd (‘opgeschaald’) worden;
		7. Een eventueel gebrek aan overeenstemming over hoe te handelen op cliëntniveau tussen professionals van beide partijen over de wijze van afstemming tussen de behandeling en woonzorg van een cliënt wordt in eerste instantie voorgelegd aan de respectievelijke leidinggevenden van de professionals en in tweede instantie (als er nog geen overeenstemming is) aan het management van beide partijen.
	4. Alle berichtgeving en reacties in de media, mondeling, digitaal of schriftelijk door een der partijen worden vooraf ter goedkeuring aan de andere partij voorgelegd, voor zover het de gezamenlijke dienstverlening dan wel de dienstverlening door één der partijen zoals bedoeld in deze samenwerkingsovereenkomst betreft.
	5. In geval van klachten van cliënten en de klacht heeft betrekking op het handelen van medewerkers van de een van de partijen, wordt de klachtbehandeling op zorgvuldige wijze overgedragen aan de partij op wiens handelen de klacht betrekking heeft. Indien een klacht betrekking heeft op zorg die in samenhang met zorg die een andere zorgaanbieder verleent en de klager heeft doen weten dat hij ook bij de andere zorgaanbieder een klacht heeft ingediend, wordt de klachtbehandeling gezamenlijk door de betrokken zorgaanbieders opgepakt.
4. **Gegevensdeling**
	1. Vanuit het de gezamenlijke behandeling zoals bedoeld in deze overeenkomst worden over en weer persoonsgegevens gedeeld ten behoeve van kwalitatief goede behandel-, begeleidings- en woonzorg. Er wordt hiervoor niet meer informatie gedeeld dan strikt noodzakelijk.
	2. Partijen garanderen dat de rechten van cliënten, zoals deze voortvloeien uit wetgeving en rechtspraak, op de juiste wijze worden nagekomen.
	3. Het delen van de persoonsgegevens zoals bedoeld onder dit artikel is alleen mogelijk indien cliënt daarvoor uitdrukkelijk specifiek toestemming geeft.
	4. Iedere partij is voor gegevensverwerkingen waarvoor zij verantwoordelijk zijn zelfstandig gehouden om passende technische en organisatorische maatregelen te treffen om persoonsgegevens te beschermen zoals bedoeld in artikel 32 van de AVG en zijn daarbij gehouden aan de eigen voorschriften die voor die partij gelden.
	5. Elke partij is verplicht tot geheimhouding van persoonsgegevens. Partijen zorgen ervoor dat het personeel zich aan deze geheimhouding houden, door een geheimhoudingsplicht in de (arbeids)contracten op te nemen.
	6. Iedere partij is zelf verantwoordelijk voor de afhandelingen van verzoeken van cliënten, zoals beschreven in artikel 15 tot en met 21 van de AVG, met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens waarvoor de betreffende partij verantwoordelijk is. Indien een partij een verzoek van een betrokkene ter uitoefening van zijn of haar rechten ontvangt dat niet onder haar verantwoordelijkheid valt, dan zal deze partij het verzoek onmiddellijk doorstuurt naar de andere partij.
	7. Bij constatering van een ‘inbreuk in verband met persoonsgegevens’ licht de partij bij wie het incident zich voordoet de andere partij onverwijld in voor zover het cliënten betreft onder deze samenwerkingsovereenkomst. Indien noodzakelijk worden er tussen de deelnemende partijen afspraken gemaakt over het informeren van cliënten. De partij bij wie de inbreuk is geconstateerd is zelfstandig verantwoordelijk voor het melden van datalekken bij de Autoriteit Persoonsgegevens en/of betrokkene(n).
	8. De partijen zijn beiden zelfstandig verwerkingsverantwoordelijke in de zin van de AVG.
	9. De partijen hebben elk een eigen functionaris gegevensbescherming die als zodanig is aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens.
5. **Bereikbaarheid GGZ behandelaren**
	1. Tijdens kantoortijden: kan direct contact op worden genomen met de betreffende behandelaar of via de balietelefoon.
	2. Tijdens avond, weekend en nacht of in geval van spoed: kan gebruik worden gemaakt van het crisisprotocol.
6. **Kwaliteit**
	1. Beiden partijen dragen zorg voor voldoende gekwalificeerd personeel, waarbij het opleidingsniveau, kennis en ervaring aansluit bij de zorg- en behandelvraag van de gezamenlijke cliënten. Er is een opleiding- en na/bijscholingsprogramma waarin sprake is van tijdige en toegespitste opleiding voor alle medewerkers.
	2. Beide partijen nemen deel aan een [regionaal netwerk, zoals \_\_\_\_*door partijen zelf te bepalen*\_\_\_\_\_] van samenwerkende organisaties op het gebied van kwaliteit en toegang.
	3. Beide partijen zijn lid van een gedeeld [‘lerend netwerk’, zoals \_\_\_\_*door partijen zelf te bepalen*\_\_\_\_\_\_\_\_\_] dat naast A resp. B bestaat uit twee andere relevante zorgaanbieders.
	4. Beide partijen conformeren zich aan de gestelde kwaliteitsuitgangspunten Wlz GGZ van Zorgverzekeraars Nederland en voor de beroepsgroep geldende kwaliteitseisen, -standaarden en -richtlijnen.
	5. Beide partijen verlenen hun medewerking bij interne en externe audits waarbij de kwaliteit van de zorg wordt getoetst.
	6. Beide partijen spannen zich in gezamenlijkheid in om verbeterprojecten te initiëren en uit te voeren om de kwaliteit van zorg te verbeteren.
7. **Evaluatie**
	1. [\_\_\_\_] keer per jaar, in [ ], vindt er een evaluatiegesprek over de afspraken zoals opgenomen in deze samenwerkingsovereenkomst plaats tussen partijen op initiatief van A.
	2. Bij de evaluatiegesprekken zijn afgevaardigden van beide partijen aanwezig, te weten minimaal de manager Zorg van A en de manager Zorg van B.
	3. Tijdens de evaluatie worden de volgende onderwerpen in ieder geval besproken:
8. Evaluatie en indien nodig bijstelling van de gemaakte afspraken zoals vastgelegd in deze samenwerkingsovereenkomst;
9. Geleverde kwaliteit;
10. Relevante ontwikkelingen.
	1. A maakt de agenda en notulen van de evaluatiegesprekken. De notulen worden per e-mail aan de betrokkenen verspreid.
	2. Indien de samenwerkingsovereenkomst wordt bijgesteld wordt deze aangepast of worden wijzigingen als bijlage bij deze overeenkomst gevoegd, en voor akkoord getekend door beide partijen.
11. **Status samenwerkingsovereenkomst**
	1. Met ingang van de datum van inwerkingtreding van deze overeenkomst vervallen alle voorgaande overeenkomsten en afspraken gesloten tussen partijen betreffende het geregelde onderwerp.
12. **Geschil en rechtskeuze**
	1. Op de overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
	2. Alle geschillen, welke tussen ondergetekenden mochten opkomen, zullen aan de rechtbank [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] worden voorgelegd behoudens dwingende wettelijke bepalingen daaraan in de weg staan.

**Ondertekening**

De overeenkomst is akkoord door de volgende partijen en is heden \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, te \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in tweevoud opgemaakt en ondertekend,

Datum:……………………………………………… Datum:…………………………………………

Naam:………………………………………………….. Naam:……………………………………………….

Functie:……………………………………………….. Functie:…………………………………………….

Handtekening: Handtekening:

…………………………………………………………… …………………………………………………………

1. De met [ ] gemarkeerde delen van de overeenkomst dienen door partijen in- en/of aangevuld worden. [↑](#footnote-ref-2)
2. Hieronder valt bijvoorbeeld de huisarts indien er sprake is van gerelateerde zorgvraag waarvoor de huisarts eindverantwoordelijk is. [↑](#footnote-ref-3)