

Goedgekeurd kwaliteitsstatuut ggz - Instelling

Per 1 januari 2017 zijn alle aanbieders van 'geneeskundige ggz', dat wil zeggen generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz binnen de Zorgverzekeringswet, verplicht een kwaliteitsstatuut openbaar te maken. Dit betreft een goedgekeurd kwaliteitsstatuut.

I. Algemene informatie

1. Gegevens ggz-aanbieder

Naam instelling: Stichting GGNet
Hoofd postadres straat en huisnummer: Vordenseweg 12
Hoofd postadres postcode en plaats: 7231 PA Warnsveld
Website: www.ggnet.nl
KvK nummer: 08140403
AGB-code(s): 06290509

2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt

Naam: Nine Veltman
E-mailadres: n.veltman@ggnet.nl
Telefoonnummer: 06-12513705

3. Onze locaties vindt u hier

Link: <https://www.ggnet.nl/site/Over%20GGNet/Contact/Locaties%20en%20routes/>

4. Beschrijving zorgaanbod en professioneel netwerk:

Beschrijving zorgaanbod De kernactiviteiten van GGNet richten zich op het diagnosticeren, behandelen en begeleiden van mensen met psychische aandoeningen, al dan niet in combinatie met verslavingsproblematiek of een verstandelijke beperking. De verschillende aandoeningen in de ggz laten zich ordenen langs een lijn van toenemende ernst en complexiteit door beperkingen op verschillende levensgebieden. Dit gaat van beginnende klachten, aanhoudende klachten, een matig ernstige ziekte, ernstige ziekte, ernstige ziekte met complicaties tot acute crisis.

Praktijkondersteuning bij de huisarts (POH-ggz) heeft GGNet met veel inzet, samen met de huisartsen ontwikkeld. Praktijkondersteuners zijn goed in staat mensen met beginnende, matig ernstige klachten te onderzoeken en te behandelen. De komende jaren gaan zij zich steeds meer toeleggen op het begeleiden van mensen met een gestabiliseerde ernstig psychische aandoening met een laag frequente begeleidingsbehoefte. In de generalistische basis-ggz van GGNet worden mensen met lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of mensen met stabiele chronische problematiek onderzocht en behandeld. Specialistische ggz De spoedeisende zorg, de behandelinggerichte specialistische zorg, de herstelgerichte specialistische zorg en hoog specialistische zorg, vormen samen de specialistische ggz. Spoedeisende specialistische ggz Bij een deel van de 700.000 mensen in ons werkgebied die met psychische klachten kampt, kan zich een crisis voordoen. In dat geval moet er 7x24 uur spoedeisende zorg beschikbaar zijn. De EHBO van de ggz. In onze regio zijn twee gespecialiseerde ambulante crisisteam van GGNet actief. Zij vervullen deze rol samen met de acute opnameafdelingen en de te ontwikkelen HIC (High & Intensive Care) voor volwassenen, jeugdigen en ouderen. De komende jaren zal de nadruk liggen op "Beter worden doe je thuis". Dit betekent intensivering van zorg thuis in de vorm van IHT-zorg (Intensive Home Treatment) en afname van het gebruik van bedden. De twee crisisteam, PIT-kort (Psychiatrische Intensieve Thuiszorg), acute deeltijd en opnameklinieken geven de IHT-zorg vorm binnen het zorgpad "Acute Zorg" van GGNet. Een andere belangrijke ontwikkeling is die van de FACT-teams (Flexible Assertive Community Treatment). Zij vormen de crisis (preventie)functie voor mensen met een ernstige psychische aandoening, die de grootste kans op een crisis hebben. De FACT-teams werken binnen kantoor tijden. GGNet zet in op verdere uitbreiding van deze FACT teams. Hierbinnen past de ontwikkeling van FIT-teams voor ouderen (Flexibele Intensieve Thuiszorg) en de versterking van de VIP-teams (Vroege Interventie Psychose). De behoefte aan een verder doorontwikkelde 7x24

uurszorg wordt versterkt door gelijktijdige afbouw in het beschermd wonen, in de verslavingszorg, in de ouderenzorg en in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Een belangrijk deel van de patiënten kampt met problemen op meerdere van deze gebieden. Behandelinggerichte specialistische ggz De behandelinggerichte specialistische ggz is er voor patiënten die door de huisarts zijn doorverwezen naar de specialist. Dit kan zijn na een lichtere behandeling door de POH-ggz of de generalistische basis-ggz van GGNet. Deze zorg is voor patiënten met een ernstige psychische ziekte. Als er geen sprake is van een crisis, maar wel van een duidelijk behandelbare diagnose, is de behandeling via een Interactief zorgpad de standaard. Herstelgerichte specialistische zorg: FACT Bij de groep patiënten die gebruik maken van FACT is er sprake van een langdurige en ernstige psychische ziekte en problemen op meerdere levensgebieden met als gevolg blijvende beperkingen in functioneren. De chronische ziekte wordt behandeld volgens multidisciplinaire richtlijnen vormgegeven in zorgprogramma's en hiervan afgeleide zorgpaden, waarbij herstelgerichte specialistische zorg een onmisbaar onderdeel vormt. Geregeld vlamt de onderliggende ziekte weer op en wordt deze behandeld. Daarnaast is stabiliseren van de crisis of ontregeling aan de orde. Belangrijke doelen voor de patiënt zijn het leren omgaan met beperkingen, herstel van functioneren en deelname aan de samenleving in de eigen omgeving. De leidende methodiek en werkwijze is die van FACT en FIT, die patiënten in hun kracht zet en hen in staat stelt deel te nemen aan de maatschappij met zo min mogelijk last van hun beperkingen. Flexibel en op maat wordt de intensiteit van zorg bepaald, al naar gelang de behoefte van dat moment. Er is een gedeelde caseload zodat meerdere professionals op de hoogte zijn van de situatie van de patiënt. Alles is gericht op het thuis, op het werk, of in de samenleving kunnen blijven meedoen. Arbeidsre-integratie (IPS individuele plaatsing en steun) en behandelinterventies staan steeds ten dienste van het mobiliseren van gezonde gebieden van functioneren van de patiënt. Hoogspecialistische ggz Patiënten met een ernstige psychische ziekte horen thuis in de specialistische ggz. Wanneer behandeling binnen de hiervoor beschreven specialistische ggz (2de lijn/echelon)) onvoldoende mogelijkheden biedt, is behandeling binnen de hoog specialistische ggz aangewezen (3de lijn/echelon). Om die reden hebben wij verschillende specialismen ontwikkeld: • Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek (www.scelta.net); • Amarum, specialistisch centrum voor eetstoornissen (www.amarum.nl); • De Boog, forensische psychiatrie (www.fpadeboog.nl); • NESTOR, Academische werkplaats ouderenspsychiatrie; • VGGNet, psychiatrie en verstandelijke beperking (www.vggnet.nl). Het verleggen van de grenzen van behandelbaarheid zit bij deze specialismen in de genen. Zij beginnen vaak waar anderen ophouden. Naast het behandelen van patiënten zijn zij ook bezig met voortdurende innovatie van de zorg. Onze professionals houden zich bezig met onderzoek en verspreiding van de ontwikkelde kennis en praktijk naar de specialistische 2de lijns ggz. De zorgprogramma's en hiervan afgeleide zorgpaden die zij ontwikkelen, zijn dus ook voor andere 2de lijn specialisten beschikbaar voor de behandeling van patiënten met minder complexe problematiek. De komende jaren wordt het netwerk met soortgelijke voorzieningen in het land sterk aangehaald. Vanwege de bijzondere functie komen patiënten vaak ook van buiten de regio. Daarmee vervullen onze specialismen een bovenregionale functie. Preventie: In dit kader biedt GGNet ondersteuning aan familieleden van mensen met psychische problematiek. Hierbij kan gedacht worden aan ons aanbod op het gebied van KOPP (kinderen van ouders met psychische problemen). Beschermd wonen maakt in Zutphen en de Achterhoek nog onderdeel uit van het aanbod van GGNet voor mensen met een ernstige psychische aandoening. De komende jaren zal zoveel mogelijk het principe scheiden van wonen en zorg toegepast worden. De zorg en behandeling worden vanuit de FACT-teams geleverd in nauwe samenwerking met de wijkteams. Het aanbieden van wonen als zodanig ziet GGNet in de toekomst niet meer als een kernactiviteit. Op vraag van gemeenten kan GGNet wel begeleiding bieden aan mensen met complexe (psychische) problematiek. Dagactivering en arbeidsre-integratie zijn in de kern geen specialistische ggz activiteiten. Wel zijn deze twee zaken onmisbare elementen in het leven van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ook zijn ze fundamenteel voor behoud van regie in eigen leven en inbedding in de eigen leefomgeving. Waar mogelijk wordt in nauw samenspel met gemeenten en collega-instellingen gestimuleerd dat patiënten gebruik kunnen maken van bestaande algemene voorzieningen en ontmoetingsplekken in de wijken. Mensen met ernstige psychische aandoeningen

zijn daar –deels- niet toe in staat. Een specifiek aanbod vanuit IPS en specifieke dagbesteding, gekoppeld aan de FACT-werkwijze is dan aangewezen. Professioneel netwerk GGNet is actief in een geografisch uitgestrekt en –op plekken- dunbevolkt gebied. Wij willen onze patiënten zoveel mogelijk zorg op maat bieden, dichtbij huis. Daarvoor is een goede samenwerking met andere organisaties, zowel binnen als buiten de ggz van groot belang. GGNet werkt daarom samen met een groot aantal verschillende partners in de regio. In algemene zin kan ons professioneel netwerk als volgt omschreven worden. Huisartsen GGNet werkt veelvuldig samen met de huisartsen binnen haar verzorgingsgebied. Huisartsen spelen een belangrijke rol bij de doorverwijzing naar het zorgaanbod van GGNet. Daarnaast worden soms ook patiënten van GGNet terugverwezen naar de huisarts voor "vinger aan de pols contact" indien de zorg afgeschaald kan worden. GGNet is ook actief in de huisartsenpraktijken zelf. Op dit moment ondersteunen POH'ers van GGNet een groot aantal huisartsenpraktijken. Ketenpartners GGNet werkt samen met veel instellingen in de regio. Het is ondoenlijk om deze partners allen één voor één op te sommen omdat alle units binnen GGNet in een bepaalde regio hun eigen zorgnetwerk hebben. In algemene zin kan gesteld worden dat GGNet altijd met de patiënt bespreekt wanneer samenwerking met een ketenpartner zinvol is en waarom. Pas als de patiënt instemt met de inzet van een andere partij naast GGNet wordt hiermee contact gelegd. Het gaat dan met name om verwijzing van de patiënt in de zorgketen dan wel om medebehandeling door een ketenpartner voor het verkrijgen van de optimale behandeling bijvoorbeeld als de patiënt een combinatie van problemen heeft waarvoor GGNet niet een sluitend aanbod in huis heeft. In dit kader werkt GGNet o.a. samen met 1) de regionale ziekenhuizen te weten het Slingeland Ziekenhuis te Doetinchem, het Streekziekenhuis Koningin Beatrix te Winterswijk, Gelre ziekenhuizen, locaties Apeldoorn en Zutphen en Rijnstate (Arnhem) 2) de V&V sector (onder andere Zorggroep Apeldoorn, Stichting Zorgcombinatie Marga Klompé 3) de verslavingszorg (Tactus, Iriszorg) 4) de RIBW (RIWIS) 5) verschillende VG instellingen waaronder Zozijn, Fatima Zorg, Twentse Zorgcentra. 6) Karakter, Lindenhout en Dimence 7) de wijkteams, instellingen die dagbesteding verzorgen en patiënten toeleiden naar werk 8) woningbouwcorporaties 9) de regionale Ambulance Voorziening, politie/Openbaar Ministerie, veiligheidshuizen 10) de eerste lijns ggz

5. Stichting GGNet heeft aanbod in:

de generalistische basis-ggz
de gespecialiseerde-ggz

6. Behandelingen generalistische basis-ggz

Patiënten/cliënten kunnen met de volgende problematiek bij Stichting GGNet terecht en deze instelling biedt de volgende vormen van zorg en voor de aanwezige zorgvormen kunnen de volgende beroepsgroepen als regiebehandelaar optreden (indien relevant met toelichting):

Ambulante zorg

Beroepsgroep die hier als regiebehandelaar kan optreden en evt. toelichting:

Binnen de ambulante zorg kunnen de volgende beroepsgroepen optreden als regiebehandelaar: klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, GZ psycholoog, verpleegkundig specialist ggz en psychiater (binnen module 4).

ggz voor ouderen

Beroepsgroep die hier als regiebehandelaar kan optreden en evt. toelichting:

Binnen de GGZ voor ouderen kunnen de volgende beroepsgroepen optreden als regiebehandelaar: klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, GZ psycholoog, verpleegkundig specialist ggz. Indien dementie de hoofddiagnose is: de klinisch geriater en de specialist ouderen geneeskunde.

7. Behandelingen gespecialiseerde-ggz

Patiënten/cliënten kunnen met de volgende problematiek bij Stichting GGNet terecht en deze instelling biedt de volgende vormen van zorg en voor de aanwezige zorgvormen kunnen de volgende beroepsgroepen als regiebehandelaar optreden (indien relevant met toelichting):

Ambulante zorg

Beroepsgroep die hier als regiebehandelaar kan optreden en evt. toelichting:

Binnen de ambulante zorg kunnen de volgende beroepsgroepen als regiebehandelaar optreden: psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, GZ psycholoog, verpleegkundig specialist ggz. In de richtlijn Behandelverantwoordelijkheid van GGNet (= ons professioneel statuut) toegevoegd als bijlage van het kwaliteitsstatuut (vraag 10) staat in tabel 1 beschreven in welke setting welke discipline regiebehandelaar kan zijn.

Klinische zorg

Beroepsgroep die hier als regiebehandelaar kan optreden en evt. toelichting:

Binnen de klinische zorg kunnen de volgende beroepsgroepen optreden als regiebehandelaar: psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, GZ psycholoog, verpleegkundig specialist ggz. In de richtlijn Behandelverantwoordelijkheid van GGNet (= ons professioneel statuut) toegevoegd als bijlage van het kwaliteitsstatuut (vraag 10) staat in tabel 1 beschreven in welke setting welke discipline regiebehandelaar kan zijn.

Verslavingszorg

Beroepsgroep die hier als regiebehandelaar kan optreden en evt. toelichting:

Binnen GGNet wordt de verslavingszorg ontwikkeld. Vooruitlopend op deze ontwikkeling kunnen binnen deze zorg de volgende beroepsgroepen optreden als regiebehandelaar: psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, GZ psycholoog, verpleegkundig specialist ggz, verslavingsarts KNMG. In de richtlijn Behandelverantwoordelijkheid van GGNet (= ons professioneel statuut) toegevoegd als bijlage van het kwaliteitsstatuut (vraag 10) staat in tabel 1 beschreven in welke setting welke discipline regiebehandelaar kan zijn.

Ggz voor ouderen

Beroepsgroep die hier als regiebehandelaar kan optreden en evt. toelichting:

Binnen GGZ voor ouderen kunnen de volgende beroepsgroepen optreden als regiebehandelaar: psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, GZ psycholoog, verpleegkundig specialist ggz, klinisch geriater, specialist ouderen geneeskunde. In de richtlijn Behandelverantwoordelijkheid van GGNet (= ons professioneel statuut) toegevoegd als bijlage van het kwaliteitsstatuut (vraag 10) staat in tabel 1 beschreven in welke setting welke discipline regiebehandelaar kan zijn.

8. Structurele samenwerkingspartners

Stichting GGNet werkt ten behoeve van de behandeling van patiënten/cliënten/patiëntenzorg samen met de volgende partners (beschrijf ook de functie van het samenwerkingsverband en wie daarin participeren (vermeldt hierbij NAW-gegevens en website):

Daar waar het gaat om samenwerking ten behoeve van een individuele patiënt is er sprake van (over en weer) verwijzingsrelaties in de keten dan wel mede behandeling (onderlinge dienstverlening).

Deze vormen van samenwerking zijn in de keten gangbaar en veelal niet in schriftelijke samenwerkingsovereenkomsten vastgelegd, omdat het hier gaat om zorg op maat gaat rond een individuele patiënt.

II. Organisatie van de zorg

9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

Stichting GGNet ziet er als volgt op toe dat:

9a. Zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn:

In dienst komen Belangrijke voorwaarde voor de borging van bevoegdheid en bekwaamheid komt binnen GGNet terug in de functiebeschrijvingen in ons functiegebouw. Voor alle zorgverlenende functies zijn nadrukkelijke opleidingseisen gesteld en voor betreffende specifieke beroepsgroepen ook BIG registratie-eisen. Een BIG registratie voorwaarde is een erkende opleiding voor de betreffende discipline. Hieraan worden wettelijke eisen gesteld. In dat opzicht, daar waar de functie

dat verlangt, vindt bij indiensttreding een bevoegdheidscheck plaats bijvoorbeeld door een BIG registratie te verlangen en registers (hierop) te controleren. Voor de zorgverlenende beroepen zonder BIG (Agogen, verzorgenden, etc.) geldt een check op het erkende opleidingsdiploma, gekoppeld aan de gestelde functie-eisen in het functiegebouw. Voor basispsychologen die niet als gezondheidszorgpsycholoog (BIG) zijn geregistreerd gelden de eisen conform het NIP (Nederlands Instituut van Psychologen). Alle nieuwe medewerkers moeten een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) overleggen. In dienst zijn Eenmaal in dienst zal een professional een zelfstandige verantwoordelijkheid hebben om te blijven voldoen aan de beroepsnormen conform de relevante regelgeving, zoals de wet BIG, medisch specialisten register, NIP, etc. en in dat opzicht op termijn ook te blijven voldoen aan de herregistratienorm. Bekwaam maakt bevoegd. Voor sommige (BIG-) beroepen geldt als herregistratie-eis een scholingsnorm (Psychiaters, Klinisch Psychologen, Verpleegkundig Specialisten), voor andere beroepen (bijvoorbeeld verpleegkundigen) geldt als herregistratie-eis een urennorm. Voor de beroepen zonder BIG erkenning is er geen sluitende borging op het bekwaam- en bevoegdheidsgebied, ook omdat er geen herregistratieplicht geldt. Wel is het zo dat voor alle zorgverlenende beroepen beroepsverenigingen zijn waar professionals zich kunnen inschrijven in beroepsregisters. Deze registers stellen veelal eisen aan bij- en nascholing om ingeschreven te kunnen blijven. Hier ligt een eigen professionele verantwoordelijkheid van de professional. Er is echter (nog) geen koppeling tussen deze registers en de functiebevoegdheid binnen GGNet. GGNet kent overigens wel een eigen 'punten-registratiesysteem'. Daarnaast heeft GGNet interne leerkringen voor ook de niet BIG beroepen die bij- en nascholing organiseren voor hun achterban. Momenteel bevindt GGNet zich in een overgangperiode naar een verplichte kwaliteitsregistratie voor verpleegkundigen en agogen via hun eigen beroepsvereniging (V&VN en Registerplein), waardoor ook zij aan de scholingsnorm moeten gaan voldoen (die al voor andere functies geldt in het kader van de BIG herregistratie). Hiermee hoopt GGNet een kwaliteitsslag te maken en deze te borgen voor de overgrote meerderheid van de zorgverlenende beroepen. Als bijzonderheid kan opgemerkt worden dat binnen de sector Jeugd een doelgroepspecifiek eigen registreis geldt voor elke zorgverlener die daar werkt (Kwaliteitsregister Jeugd). Eén van de vormen van toetsing van de zorgverlener op de vakbekwaamheid vindt binnen GGNet plaats in het jaargesprek, waarvoor een aparte plaats is ingeruimd in het te gebruiken format. 'Eigen' opleidingen GGNet vindt het belangrijk om te investeren in eigen initiële opleidingen en stagiaires. Vakmanschap van professionals vinden wij van groot belang bij het verlenen van onze zorg. Daarnaast dragen we vanuit maatschappelijke betrokkenheid verantwoordelijkheid voor het opleiden van volgende generaties professionals. We hebben de volgende opleidingen: A-opleiding (psychiaters), P-opleiding (GZ-psycholoog, Klinisch Psycholoog, Psychotherapeut, Systeemtherapeut), V-opleiding (Verpleegkundig Specialistopleiding) en de MBO en HBO verpleegkundige opleiding. Al deze opleidingen worden vormgegeven in nauwe samenwerking met erkende opleidingsinstituten waarvan uit visitatie plaatsvindt. Op deze wijze investeren we in kwaliteit van onze professionals, bevorderen we interne mobiliteit en blijven we ontwikkelingen in de zorg op de voet volgen. Ook voeden we door nauwe samenwerking de opleidingsinstituten met nieuwe ontwikkelingen binnen de zorg. We werken binnen de opleidingen met erkende opleiders en zijn een erkend leerbedrijf. Alle initiële opleidingen zijn opgenomen in een Routeboek (beschikbaar via ons kwaliteitsdocumentensysteem), waarin de inhoud en de leerroutes precies vermeld staan, inclusief per opleiding een verwijzing naar het betreffende opleidingsreglement. Medewerkers krijgen voor de vermelde initiële opleidingen een leer-arbeidsovereenkomst voor de duur van de opleiding. Afspraken en regelingen hieromtrent zijn conform de CAO GGZ. Voor vaste medewerkers (met een Onbepaald Tijdscontract) die een opleiding gaan volgen is er sprake van een terugkeergarantie en bij diplomering worden zij behandeld als voorrangskandidaat voor interne plaatsing op vacatures. Naast de initiële opleidingen biedt GGNet volop mogelijkheden aan stagiaires in de zorgverlenende beroepen (en vele andere) via ons stagebureau. Hiertoe worden stageovereenkomsten met scholen gesloten en worden er stagecontracten met stagiaires opgemaakt (afspraken en regelingen conform CAO GGZ).

9b. Zorgverleners volgens zorgstandaarden en richtlijnen handelen:

Het merendeel van het zorgaanbod van GGNet –overkoepelende term voor al het behandel –en begeleidingsaanbod is ontsloten in zorgprogramma’s en hiervan afgeleide zorgpaden. Een zorgprogramma is gebaseerd op landelijke multidisciplinaire richtlijnen en best practices. Zorgpaden zijn een vertaling daarvan naar een behandel aanbod in de praktijk. Zorgprogramma’s binnen GGNet kunnen volgens verschillende principes opgebouwd worden: • Rond doelgroepen zoals bijvoorbeeld de groep patiënten met ernstige psychische aandoeningen, kinderen, volwassenen en ouderen. • Rond stoornissen, zoals bijvoorbeeld angst-, depressie- en eetstoornissen • Rond een bepaalde fase van de behandeling, zoals intake/onderzoek, remissie gerichte behandeling, stabiliserende behandeling en nazorg. Zorgprogramma’s en hiervan afgeleide zorgpaden kunnen professionals vinden via ons kwaliteitsdocumenten systeem. Invoering van richtlijnen wordt in sommige gevallen ook ondersteund door in company trainingen.

9c. Zorgverleners hun deskundigheid op peil houden:

70/20/10 formule “Leren doe je voor 70% op de werkvloer, 20% leer je van je collega’s en slechts 10% wordt verkregen via het formele leren zoals het volgen van trainingen, symposia en E-learning-modules”. Dit is in opleidingsland de vuistregel. GGNet gaat hier ook van uit. GGNet faciliteert het leren en biedt hiervoor de nodige (financiële) ruimte binnen de daarvoor opgestelde spelregels, die staan beschreven in het document ‘Spelregels bij- en nascholing GGNet’ (te vinden op ons kwaliteitsdocumentensysteem). Globaal houdt dit het volgende in: 1. Scholing die noodzakelijk is, maar niet verplicht gesteld door GGNet voor het onderhouden van de vakbekwaamheid wordt 100% in eigen tijd gedaan, GGNet faciliteert; 2. Scholing die verplicht is (door GGNet of team), wordt 100% vergoed in tijd; 3. Scholing die nuttig, maar niet verplicht is, valt onder de vrije regelruimte tussen medewerker en leidinggevende. Naast deze spelregels is er een Studiekosten en studieverlofregeling GGNet van kracht die in ons kwaliteitsdocumentensysteem is opgenomen. Het leren op de werkvloer Leren doe je altijd. Door te doen, te ervaren en dus ook door te werken. Opgedane kennis, ervaringen, houdingsaspecten, etc., etc., opgedaan tijdens je persoonlijke vorming, scholing, training komen juist op de werkvloer tot leven en leiden daar tot de gewenste internalisering van het geleerde. GGNet wil graag voor haar professionals een lerende organisatie zijn. Zo hebben we bijvoorbeeld onze leerkringen (aandachtspunt:bij/nascholing) en expertkringen (aandachtspunt: zorgprogramma/paden-ontwikkeling en actualisatie), die een belangrijke brugfunctie vervullen tussen theorie en de praktijk. Daarnaast leren we ook door het analyseren van incidenten op de werkvloer. Het leren van collega’s Intercollegiale kennisoverdracht is bijzonder waardevol als het om leren gaat. Voor veel professionals binnen GGNet krijgt dit vorm op diverse manieren. Denk hierbij aan intervisie, supervisie, moreel beraad, klinische lessen, thema’s op het interactieve platform van de leerkring verpleegkundigen (VLIP), etc. Zonder uitvoerig in te gaan op de diverse vormen, leidt dit tot bevordering en op peil houden van de deskundigheid van onze zorgverleners. Het formele leren Om de deskundigheid van onze professionals op peil te houden vindt er ook volop scholing/training plaats op de meer formele manier. Al onze aangeboden trainingen en de meeste E-learningen die we inkopen, ontwikkelen en aanbieden zijn geaccrediteerd bij de betreffende beroepsverenigingen en kwaliteitsregisters. We hechten hieraan omdat we dan voor onze professionals investeren in kwaliteit enerzijds en anderzijds de mogelijkheid bieden te kunnen voldoen aan de geldende scholingsnormen van de betreffende beroepsvereniging. Bijkomend voordeel is de borging van de kwaliteit van de deskundigheidsbevordering. Immers op deze manier wordt er extern getoetst of betreffende scholing voldoet aan de norm van de beroepsvereniging. GGNet werkt met een methodiek van een jaarlijks opleidingsplan. Op basis van de inventarisatie van de opleidingsbehoefte uit de teams, management en leerkringen wordt er in afstemming met het beleid van GGNet een centraal aanbod samengesteld. Daarnaast is er een decentraal budget beschikbaar voor teams waaruit andere opleidingsbehoefte gefaciliteerd kunnen worden. In het centrale aanbod is een onderscheid te maken in ‘verplicht’ en ‘wenselijk’. Aan de (wettelijk) verplicht gestelde scholingen wordt door GGNet voldaan, hierbij valt o.a. te denken aan: • Voorbehouden en Risicovolle handelingen (voor Verpleegkundigen) • Agressie en sociale vaardigheidstraining • BHV • Veilige voeding (HACCP)

10. Samenwerking

10a. Samenwerking binnen uw organisatie en het multidisciplinair overleg is vastgelegd en geborgd in het professioneel statuut:

Upload van uw professioneel statuut op www.ggzkwaliteitsstatuut.nl

10b. Indien de organisatie gespecialiseerde-ggz levert: Binnen Stichting GGNet is het multidisciplinair overleg en de informatie-uitwisseling en -overdracht tussen regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren als volgt geregeld:

Samenstelling, overlegfrequentie en wijze van verslaglegging Het behandelkernteam bestaat uit de juiste mix van professionals die ieder vanuit hun eigen discipline en eigenstandige verantwoordelijkheid betrokken is bij de totstandkoming, uitvoering en evaluatie van de behandeling van de patiënt. De samenstelling van het behandelkernteam kan per behandelsetting verschillen. De psychiater maakt in de gespecialiseerde ggz altijd deel uit van het behandelkernteam op grond van zijn medische verantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënten uit zijn team. De regiebehandelaar van de patiënt die besproken wordt, maakt ook altijd deel uit van het behandelkernteam. Kennis van de laatste stand van zaken op het gebied van de zorgprogramma's en de hiervan afgeleide zorgpaden van GGNet wordt van de professionals verwacht. Deze zorgprogramma's en de hiervan afgeleide zorgpaden zijn via het kwaliteitsdocumentensysteem voor de professionals beschikbaar. Door de verschillende beroeps- en ervaringsachtergronden en de juiste kennis van de stand van zaken op het gebied van effectieve behandelingen wordt het mogelijk dezelfde problematiek vanuit verschillende invalshoeken te bezien. Hierdoor kan een zo optimaal mogelijk behandelpakket voor de patiënt samengesteld worden. Door bespreking in het behandelkernteam wordt de kans dus vergroot dat de patiënt de best mogelijke behandeling krijgt aangeboden. Vandaar dat ook wanneer de behandeling door slechts één professional wordt uitgevoerd het voorstel hiervoor multidisciplinair wordt besproken en getoetst. Patiënten worden minimaal 1 x per jaar besproken in het behandelkernteam na vaststelling van het behandelplan en indien aan de orde op geleide van afspraken die vastgelegd zijn in het behandelplan frequenter. Hieraan voorafgaand evalueert de regiebehandelaar met de patiënt op basis van gelijkwaardigheid (shared decision making) de behandeling. Indien mogelijk wordt de patiënt voor deze bespreking uitgenodigd. Tijdens of na de behandelkernteambespreking worden de afspraken en andere relevante zaken vastgelegd in het dossier van de patiënt, alsmede- indien aan de orde- het aangepaste behandelplan. Als de patiënt niet bij de behandelplanbespreking aanwezig is/kan zijn bespreekt de regiebehandelaar de conclusies van het behandelkernteam en het voorstel voor hoe verder in de eerst volgende afspraak met de patiënt. Indien het voorstel afwijkt van hetgeen met de patiënt is besproken, wordt zijn instemming hiervoor gevraagd en vastgelegd. Overlegfrequentie De verschillende ambulante en klinische behandelkernteams van GGNet komen wekelijks bij elkaar. Hierdoor is geborgd dat zij elkaar regelmatig zien en spreken. Verslaglegging Tijdens of na de behandelplanbespreking worden eventuele aanpassingen in het behandelplan die in overleg en met instemming van de patiënt zijn opgesteld vastgelegd in het dossier van de patiënt. De regiebehandelaar ziet hierop toe. In geval van crisis/risico's Op het moment dat het voor de regiebehandelaar tussentijds duidelijk wordt dat het behandelplan moet worden aangepast omdat er sprake is van crisis bij en/of risico voor de patiënt en/of zijn omgeving, neemt de regiebehandelaar contact op met de psychiater. Op grond van dit overleg maakt de regiebehandelaar een aangepast voorstel voor het behandelplan en bespreekt dit met de patiënt met het oog op het verkrijgen van zijn instemming. Het aangepaste behandelplan wordt opgenomen in het dossier van de patiënt. Totstandkoming besluiten De regiebehandelaar heeft een zelfstandige rol. De aanwezigheid van een psychiater in het behandelkernteam impliceert geenszins een superviserol vanuit deze discipline (behalve in het kader van de A opleiding), maar dient ter aanvulling van de benodigde kennis en ervaring. De regiebehandelaar coördineert de afstemming tussen alle betrokken professionals en is verantwoordelijk voor de integraliteit van de behandeling. De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat de besluitvorming op cruciale momenten in de behandeling plaatsvindt en in het behandelkernteam wordt afgestemd en getoetst. Dit is minimaal bij wijziging behandelplan, ontslag,(dreigende) crisis en afronding van de behandeling. De regiebehandelaar ziet er tevens op toe dat de patiënt hierbij betrokken is (shared decision making) en dat de patiënt instemt met de

aanpassingen in het behandelplan. Het aangepaste behandelplan wordt opgenomen in het dossier van de patiënt. Het overleg is gericht op overeenstemming door middel van gezamenlijke besluitvorming. Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling heeft de regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem echter niet eerder dan nadat alle betrokken professionals zijn gehoord. Als er sprake is van een risico dan wel de patiënt in crisis is, heeft binnen GGNet de psychiater de doorslaggevende stem. Indien een verschil van mening niet op deze manier kan worden opgelost, treedt de escalatieprocedure in werking. Hiervan kan niet alleen de regiebehandelaar maar ook de overige bij de behandeling betrokken professionals gebruik maken.

10c. Stichting GGNet hanteert de volgende procedure voor het op- en afschalen van de zorgverlening naar een volgend respectievelijk voorliggend echelon:

Op het moment dat uit de resultaten van de behandeling blijkt dat de zorg opgeschaald moet worden naar een volgend echelon/lijn, en hiermee samenhangend naar een andere zorgaanbieder, en de patiënt stemt hiermee in, agendeert de regiebehandelaar dit in het behandelkernteam. Indien er uit deze bespreking geen redenen zijn gekomen om hier van af te wijken zorgt de regiebehandelaar minimaal voor een goede schriftelijke overdracht naar de collega zorgaanbieder. Dit gebeurt ook als de zorg voor de patiënt afgeschaald wordt naar een voorliggend echelon/lijn. GGNet heeft echter de voorkeur voor een 'warmere' overdracht; dit betekent dat de regiebehandelaar, naast de schriftelijke overdracht, eventuele bijzonderheden via direct (telefonisch) contact met de nieuwe regiebehandelaar doorneemt indien deze bekend is. NB Omdat GGNet zowel generalistische basis-ggz aanbiedt als gespecialiseerde ggz kan op- en afschaling van de zorg ook binnen GGNet plaatsvinden. De procedure zoals hierboven beschreven is hier ook op van toepassing.

10d. Binnen Stichting GGNet geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de volgende escalatieprocedure:

Op het moment dat er een verschil van mening of inzicht bestaat over de behandeling van een patiënt tussen de professionals die bij de behandeling zijn betrokken dat niet kan worden overbrugd kan elke (regie)behandelaar gebruik maken van de escalatieprocedure. Hij schakelt daarvoor de geneesheer directeur van GGNet van de betrokken regio in en legt hem de casus voor met het verzoek in deze te adviseren. Dit advies is zwaarwegend, niet vrijblijvend en wordt geacht opgevolgd te worden. Om tot zijn oordeel te komen neemt de geneesheer directeur in ieder geval contact op met de betrokken psychiater, de regiebehandelaar van de patiënt en zo mogelijk de patiënt om hun standpunt te horen. Het advies van de geneesheer directeur wordt in het dossier van de patiënt opgenomen en het behandelbeleid wordt dienovereenkomstig uitgevoerd. Indien het advies niet uitgevoerd wordt, wordt de verantwoordelijk manager geacht actie in deze te ondernemen opdat het advies alsnog ten uitvoer wordt gebracht.

11. Dossiervoering en omgang met patiëntgegevens

11a. Ik vraag om toestemming van de patiënt bij het delen van gegevens met niet bij de behandeling betrokken professionals:

Ja

11b. In situaties waarin het beroepsgeheim mogelijk doorbroken wordt, gebruik ik de daartoe geldende richtlijnen van de beroepsgroep, waaronder de meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (bij conflict van plichten, vermoeden van kindermishandeling of huiselijk geweld), het stappenplan materiële controle en ik vraag het controleplan op bij de zorgverzekeraar (bij materiële controle):

Ja

11c. Ik gebruik de privacyverklaring als de patiënt zijn diagnose niet kenbaar wil maken aan zijn zorgverzekeraar:

Ja

11d. Stichting GGNet levert ROM-gegevens aan bij de Stichting Benchmark ggz (SBG) op geaggregeerd niveau ten behoeve van benchmarking:

Ja

12. Klachten en geschillenregeling

12a. Patiënten kunnen met klachten over een behandeling terecht bij

Naam instelling: klachtenfunctionaris Ireen de Val

Contactgegevens: Antwoordnummer 7513, 7230 ZX Warnsveld, telefoon: 088-9334869, email: klacht@ggnet.nl

De klachtenregeling is hier te vinden:

Upload van uw klachtenregeling op www.ggzkwaliteitsstatuut.nl

12b. Patiënten kunnen met geschillen over behandeling terecht bij

Naam geschilleninstantie waarbij instelling is aangesloten: de Geschillencommissie Zorginstellingen

Contactgegevens: Bordewijklaan 46, 2509 LP Den Haag (www.degeschillencommissie.nl)

De geschillenregeling is hier te vinden:

Upload van uw geschillenregeling op www.ggzkwaliteitsstatuut.nl

III. Het behandelproces - het traject dat de patiënt in deze instelling doorloopt

13. Wachtijd voor intake en behandeling

Patiënten vinden informatie over wachttijden voor intake en behandeling via deze link of document (en kunnen deze telefonisch opvragen). De informatie is gerangschikt naar generalistische basis-ggz en/of gespecialiseerde ggz, en –indien het onderscheid van toepassing is– per zorgverzekeraar en per diagnose.

Link naar wachttijden voor intake en behandeling:

<https://www.ggnet.nl/site/Verwijzers/Wachttijd%20per%20gemeente/>

14. Aanmelding en intake

14a. De aanmeldprocedure is in de organisatie als volgt geregeld (zoals: wie ontvangt de telefonische aanmelding, wie doet de intake, hoe verloopt de communicatie met de patiënt):

NB: binnen GGNet is een belangrijk uitgangspunt dat de familie/naaste wordt betrokken bij de behandeling indien de patiënt hiervoor toestemming geeft. Op moment dat de patiënt hier geen toestemming voor geeft respecteert GGNet dit altijd. De familie/naaste heeft dan wel recht op het verkrijgen van algemene informatie. Daarnaast zullen onze professionals zich altijd inspannen om het contact tussen familie/naaste en patiënt zodanig te herstellen dat familie /naaste geïnformeerd en betrokken blijft of wordt. Dit vanuit de overtuiging dat de behandeling van de patiënt dan meer kans van slagen heeft. Ook is er aandacht voor de eventuele ondersteuningsbehoefte van de familie/naaste. Dit is de reden dat de familie/naaste in voorgaande en hierna volgende teksten/antwoorden niet verder genoemd wordt omdat er gehandeld wordt overeenkomstig bovenstaand uitgangspunt en in lijn met de wens van de individuele patiënt en de afspraken met de betrokken familieleden. Het voortraject bij de verwijzer en aanmelding bij GGNet Een patiënt komt op verzoek van een verwijzer (vaak de huisarts via zorgdomein) binnen bij GGNet. Bij aanmelding in zorgdomein kan er aangegeven worden door de verwijzer of er reden is voor een verkorte toegang (spoed) of crisis. De crisisdienst doet dan de directe screening, telefonisch met verwijzer en patiënt en bij twijfel face to face met de patiënt. Indien er inderdaad sprake is van crisis levert de crisisdienst de regiebehandelaar van de patiënt. Uit de beoordeling kan ook komen dat de patiënt alsnog aangemeld wordt voor een regulier traject. In dat geval volgt een reguliere triage.

Verantwoordelijkheid In deze fase is de verwijzer de eerstverantwoordelijke voor de patiënt, tenzij er sprake is van een crisis van GGNet, dan levert de crisisdienst de regiebehandelaar. Aandachtspunten

- De wachttijden. Op de website van GGNet is de actuele wachttijd voor intake (aanmeldwachttijd) en behandeling (behandelingswachttijd) gepubliceerd conform de huidige beleidsregel van NZa. GGNet licht de patiënt in over de wachttijden. Als het er naar uit ziet dat de intake of behandeling

niet binnen de treetnorm kan aanvragen, volgt overleg met de patiënt en de verwijzer over hoe verder; doorgaan bij GGNet als de patiënt dat wil, dan wel indien de klacht dit vereist doorverwijzen naar een andere zorgaanbieder dan wel attenderen op de mogelijkheid van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar. NB: in geval van onze specialismen is de wachttijd vaak langer dan de treetnormen aangeven. Juist ook omdat het hoog gespecialiseerde afdelingen zijn die zorg bieden die over het algemeen niet in het werkgebied van GGNet door een andere zorgaanbieder wordt aangeboden. Het is aan de patiënt of hij bij de zorgverzekeraar een verzoek tot zorgbemiddeling doet dan wel blijft wachten op een behandeling bij GGNet.

Triage en intake triage

- Na aanmelding van de patiënt checkt het triagesecretariaat of de patiënt over een adequate verwijzing beschikt. Wanneer dit niet het geval is, koppelt het secretariaat dit terug aan de verwijzer. De verwijzer is er voor verantwoordelijk dat de verwijzing aan de gestelde normen voldoet. Patiënten met een vtt (vervroegde toegangstijd) of crisisaanmelding worden direct doorgezet naar de crisisdienst.
- Na aanmelding wordt de patiënt door het triagesecretariaat gebeld en geïnformeerd over het aanmeldtraject. Er wordt een aantal vragen gesteld om de patiënt te kunnen inschrijven. Daarbij wordt ook het mobiele nummer van de patiënt gevraagd (indien aanwezig), zodat de patiënt voor de behandelafpraak een afspraakherinnering per sms krijgt toegestuurd. Om een juiste inschatting van de aard en de ernst van de problematiek te maken, wordt er een triage uitgevoerd. De patiënt wordt gevraagd een aantal vragenlijsten in te vullen en het triagesecretariaat maakt een telefonische afspraak voor de patiënt met de triagepsycholoog. In deze fase wordt onderzocht
- of de patiënt qua zorgvraag past binnen de doelgroep van de GGZ in het algemeen en GGNet in het bijzonder;
- of de patiënt voldoende baat heeft bij een aanbod binnen de generalistische basis-ggz of dat er een meer gespecialiseerde behandeling nodig is binnen de gespecialiseerde ggz;
- en wanneer de generalistische basis-ggz het best passend is, wordt een advies gegeven over de zorgzwaarte (kort, middel, intensief of chronisch);
- en wanneer de gespecialiseerde ggz het best passend is, welk zorgprogramma het beste aansluit bij de hulpvraag en de klachten van de patiënt en de verwijzreden van de huisarts. Wanneer tijdens de triage de triagepsycholoog beoordeelt dat de patiënt in crisis zit of met spoed behandeld moet worden, ondanks dat de huisarts de patiënt heeft aangemeld voor een regulier traject, neemt de triagepsycholoog contact op met de crisisdienst voor een beoordeling. In geval van crisis levert de crisisdienst de benodigde zorg en de regiebehandelaar. Wanneer er geen crisis is maar voorkomen moet worden dat deze gaat ontstaan, is er sprake van spoed. De triagepsycholoog meldt dit bij het secretariaat van het desbetreffende behandelteam zodat de intake van de patiënt met voorrang kan worden gepland. Na het beëindigen van de triagefase wordt de patiënt verwezen naar het behandelteam dat de intake en eventueel aanvullende diagnostiek en de behandeling (naar verwachting) zal gaan uitvoeren.

Verantwoordelijkheid

- De behandelverantwoordelijkheid voor de patiënt vanaf aanmelding, triage tot aan de start van de intake ligt bij de verwijzer (veelal huisarts) met uitzondering van een crisis(aanmelding). In dit laatste geval levert de crisisdienst van GGNet de regiebehandelaar voor de patiënt.
- Intake
- De intake bestaat uit één of meerdere gesprekken. Bij de eerste afspraak wordt de patiënt gevraagd een geldig identiteitsbewijs mee te nemen. GGNet is namelijk verplicht de identiteit en burgerservicenummer (BSN) van de patiënt vast te leggen. De intake is een kennismaking tussen GGNet en patiënt. De patiënt gaat na of GGNet voldoet aan zijn verwachtingen. GGNet gaat na of er een effectief en doelmatig aanbod kan worden aangeboden dat aansluit op de zorgbehoefte, wensen en mogelijkheden van de patiënt.
- De regiebehandelaar is er voor verantwoordelijk dat indien GGNet geen passend zorgaanbod heeft, de patiënt terugverwezen wordt naar de verwijzer. Indien mogelijk met een advies waar de patiënt een beter passend aanbod kan ontvangen. Indien tijdens de intake blijkt dat behandeling in de gespecialiseerde ggz toch niet is aangewezen dan wordt de patiënt intern doorverwezen naar de generalistische basis-ggz of terug verwezen naar de huisarts afhankelijk van de uitkomst van de intake. Dit is de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar.

Verantwoordelijkheid

- Bij de start van de intake wordt vastgelegd wie er verantwoordelijk is voor de patiënt en wie als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen intake en aanvang van de behandeling. Dit is de regiebehandelaar. Patiënt en regiebehandelaar spreken af hoe te handelen wanneer in de periode voorafgaand aan de start van de behandeling de toestand van de patiënt verslechtert. De regiebehandelaar zorgt ervoor dat de afspraken hierover in het dossier van de

patiënt worden vastgelegd. Aandachtspunt De keuze voor de regiebehandelaar wordt in overleg met de patiënt gemaakt. Op moment dat er feitelijk geen keuzemogelijkheid is voor de patiënt wordt dit expliciet aangegeven en wordt de patiënt gevraagd of hij instemt met de voorgestelde regiebehandelaar. Dit wordt vastgelegd in het dossier van de patiënt.

14b. Binnen Stichting GGNet wordt de patiënt/cliënt terugverwezen naar de verwijzer –indien mogelijk met een passend advies- indien geen passend aanbod heeft op de zorgvraag van de patiënt/cliënt:

Ja

15. Diagnose

Beschrijf hoe de intake en diagnose binnen Stichting GGNet is geregeld (hoe komt de aanmelding binnen, hoe komt de afspraak met de patiënt/cliënt voor de intake tot stand, wie is in de intakefase de regiebehandelaar en hoe komt die beslissing tot stand (afstemming met patiënt/cliënt), waaruit bestaan de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar indien deze wel/niet zelf de diagnose stelt):

De fase van aanmelding, triage en intake is in de vraag 14a beschreven. De diagnostiekfase In deze fase wordt de diagnose gesteld. Dit betekent dat met de patiënt samen een analyse wordt gemaakt van de problematiek, zijn mogelijkheden en de beperkingen. Vaak is de diagnose in de intakefase al bekend. Soms is echter aanvullend diagnostisch onderzoek nodig. Dat gebeurt in deze fase. Verantwoordelijkheid De regiebehandelaar van GGNet is verantwoordelijk voor het (doen) vaststellen van de diagnose, waarbij de patiënt ook daadwerkelijk gezien en (mede)beoordeeld is door hemzelf. Hieronder valt ook dat hij bekijkt of er nadere diagnostiek nodig is om tot een diagnose en behandelvoorstel te komen. De regiebehandelaar in de diagnostiekfase is (zo veel mogelijk) dezelfde als in de intakefase. Aandachtspunten: • De patiënt wordt geïnformeerd over wat het betekent om deze diagnose te hebben. Hij krijgt een heldere omschrijving van alle behandel mogelijkheden, doelen, de kans op succes en de mogelijke risico's en neveneffecten van de verschillende behandelingen. • De patiënt heeft altijd de mogelijkheid een andere zorgverlener te consulteren als hij dat wenst of als er een wettelijke basis voor is. De patiënt wordt op deze mogelijkheid gewezen. • Op het moment dat na het vaststellen van de diagnose de patiënt niet direct in behandeling kan worden genomen omdat er sprake is van een wachttijd voor de desbetreffende behandeling, dan is de regiebehandelaar van de intake/diagnostiekfase de eerstverantwoordelijke voor de zorg van de patiënt. • Binnen de gespecialiseerde ggz is de regiebehandelaar er voor verantwoordelijk dat de intakegegevens en eventueel aanvullende diagnostische gegevens en het (voorlopig) behandelplanvoorstel worden besproken in het behandelkernteam. NB binnen de generalistische basis-ggz wordt de diagnose in de intakefase gesteld en komen bovengenoemde aandachtspunten met uitzondering van de laatste aan de orde. Verder is de regiebehandelaar binnen de generalistische basis-ggz ook verantwoordelijk voor het (doen)vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt ook daadwerkelijk gezien en mede beoordeeld is door hem zelf.

16. Behandeling

16a. Het behandelplan wordt als volgt opgesteld (beschrijving van proces en betrokkenheid van patiënt/cliënt en (mede-)behandelaren, rol multidisciplinair team):

Proces totstandkoming behandelplan en betrokkenheid patiënt en mede behandelaren. Na afronding van de intake- en diagnostiek fase maakt de regiebehandelaar in de behandelfase in overleg met de patiënt een voorgenomen behandelplan. De regiebehandelaar in de behandelfase is bij voorkeur dezelfde als in de intakefase en diagnostiekfase. Het behandelplan wordt bij een nieuw binnengekomen patiënt zo spoedig mogelijk en uiterlijk binnen zes weken na de intakefase opgesteld. Bij een klinische opname moet binnen 24 uur een voorlopig behandelplan zijn opgesteld. Het actuele behandelplan is niet ouder dan één jaar. Het behandelplan wordt in het behandelkernteam geagendeerd en besproken. Indien mogelijk in aanwezigheid van de patiënt. Na bespreking volgt eventueel aanpassing en wordt het behandelplan, met instemming van de patiënt

door de regiebehandelaar vastgesteld. Indien de patiënt niet bij de bespreking in het behandelkernteam aanwezig is/kan zijn bespreekt de regiebehandelaar het aangepaste voorstel in het eerstvolgend overleg met de patiënt met het oog op het verkrijgen van diens instemming. Na verkregen instemming van de patiënt wordt het behandelplan opgenomen in het dossier van de patiënt. De patiënt kan via Mijn GGNet altijd bij het behandelplan. Dit is een persoonlijk digitaal webportaal waarop de patiënt kan inloggen met zijn DigiD gebruikersnaam en wachtwoord. Hier staan onderdelen van het dossier in waaronder het behandelplan en de datum voor de volgende afspraak. Ook vragenlijsten kunnen worden ingevuld en er kan veilig gemaild worden met de (regie)behandelaar. Aandachtspunten • Bij de totstandkoming van het behandelplan wordt ook aandacht besteed aan de vraag in welke mate de patiënt zijn familie/naaste wil betrekken bij de behandeling en op welke wijze. Afspraken hierover worden opgenomen in het behandelplan. • Naast de behandeling van psychische klachten is er ook aandacht voor het lichamelijk welbevinden van de patiënt. Een lichamelijk onderzoek (somatische screening) kan daarom deel uit maken van de behandeling. Dat doet GGNet omdat er soms een samenhang is tussen lichamelijke en psychische klachten. Ook is bekend dat medicijnen voor psychische klachten bijwerkingen kunnen hebben die van invloed zijn op de lichamelijke gezondheid van de patiënt. • Wanneer voor de behandeling van de patiënt samenwerking met andere zorgaanbieders nodig is, legt de regiebehandelaar dit uit aan de patiënt en vraagt hier zijn instemming voor. Wat staat er in ieder geval in het behandelplan? • de personalia van de patiënt; • een goede beschrijving van de problematiek (de beschrijvende diagnose) • de classificatie volgens DSM (Dit is DSM 5 met ingang van 1-1-2017; • Bopz maatregelen; • de doelen met betrekking tot de zorg die de patiënt en de regiebehandelaar binnen een bepaalde periode willen bereiken, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de patiënt; • de wijze waarop zij deze doelen willen bereiken; • wie –indien aan de orde- voor de verschillende onderdelen van de zorg/behandeling verantwoordelijk is en op welke wijze afstemming plaatsvindt tussen meerdere professionals (en zorgaanbieders indien aan de orde), wie de patiënt op die afstemming kan aanspreken (= de regiebehandelaar) en wie de medische verantwoordelijkheid draagt; • op welke manier er gehandeld wordt bij een crisis; • wie en op welke manier de regiebehandelaar waarneemt tijdens diens afwezigheid en • of de patiënt instemt met het behandelplan. Betrokkenheid multidisciplinair team Dit behandelplan wordt besproken in het behandelkernteam zo mogelijk in aanwezigheid van de patiënt. Na instemming van de patiënt wordt het behandelplan vastgesteld door de regiebehandelaar, eventueel na aanpassing van het plan. Het behandelplan wordt in het dossier van de patiënt opgenomen. Aandachtspunten • Tijdens de bespreking wordt ook gekeken of de huidige regiebehandelaar van de patiënt regiebehandelaar blijft of dat er op inhoudelijke gronden een andere regiebehandelaar meer geëigend is. Indien dit laatste het geval is wordt dit overlegd met de patiënt en wordt hiervoor zijn instemming gevraagd. Als er een keuze mogelijkheid is tussen meerdere regiebehandelaren wordt dit natuurlijk voorgelegd aan de patiënt die vervolgens zijn keuze kenbaar kan maken. • De regiebehandelaar evalueert op basis van gelijkwaardigheid met de patiënt (shared decision making), conform de periode zoals vastgelegd in het behandelplan, de voortgang en gaat samen met de patiënt na of de doelen zijn gehaald. De vraag of de zorg op- of afgeschaald moet worden, is een vast onderdeel van deze evaluatie. • Indien patiënt ermee instemt o wordt de verwijzer schriftelijk op de hoogte gesteld van het vastgestelde behandelplan/behandelbeleid. o ontvangt de verwijzer bij grote wijzigingen in het behandelplan hierover schriftelijk bericht. o ontvangt de verwijzer minimaal 1 x per jaar een stand van zaken brief over de voortgang van de behandeling van de patiënt .

16b. Het aanspreekpunt voor de patiënt/cliënt tijdens de behandeling is de regiebehandelaar (beschrijving rol en taken regiebehandelaar in relatie tot rol en taken medebehandelaars):

Indien meerdere professionals betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt is het van belang dat één van hen het behandelproces coördineert en zorgt voor de integraliteit van de behandeling. Dit is de regiebehandelaar. De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling. Hij zorgt ervoor dat in samenspraak met de patiënt een behandelplan wordt opgesteld en stelt deze vast; hij draagt er zorg voor dat deze wordt uitgevoerd en –wanneer de omstandigheden daartoe aanleiding geven –wordt bijgesteld. Altijd in overleg met de patiënt. De

regiebehandelaar is niet verantwoordelijk voor de door de andere professionals tijdens het behandeltraject uitgevoerde interventies. Daarvoor zijn en blijven de andere professionals zelf ten volle verantwoordelijk. Indien de zorg door één professional wordt verleend is deze per definitie ook de regiebehandelaar. Overige taken van de regiebehandelaar zijn:

1. De regiebehandelaar laat zich informeren door de andere bij de behandeling betrokken professionals, zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt. De regiebehandelaar toetst of de activiteiten van anderen bijdragen aan de behandeling van de patiënt en passen in het behandelplan.
2. De regiebehandelaar en andere bij de behandeling betrokken professionals spreken elkaar ten behoeve van de periodieke evaluatie van het behandelplan in het behandelkernteam met de daartoe noodzakelijk frequentie op geleide van de problematiek /vraagstelling van de patiënt. Dit kan ook gebeuren via teleconferencing. Dit gebeurt zo mogelijk in aanwezigheid van de patiënt.
3. De regiebehandelaar is eerste aanspreekpunt voor de patiënt en indien aan de orde voor familie/zijn naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger. Hij draagt zorg voor een goede communicatie met hen.
4. Wanneer er meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd bij de behandeling van de patiënt zijn betrokken en de patiënt stemt hiermee, spant de regiebehandelaar zich in voor een goede samenwerking en afstemming met de zorgverlener(s) van de andere zorgaanbieder(s). Daarnaast ken het landelijk kwaliteitsstatuut de regiebehandelaar nog twee aanvullende taken toe.
5. De regiebehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de andere betrokken professionals binnen GGNet die verantwoordelijk zijn voor de zelfstandige uitvoering van een deel van de behandeling.
6. De regiebehandelaar ziet er op toe dat de dossiervoering binnen GGNet voldoet aan de gestelde eisen. Andere betrokken professionals hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering voor zover het 'hun behandeldeel' betreft. Deze toebedeling van taken aan de regiebehandelaar past niet binnen het besturingsmodel van GGNet. Daarin zijn leidinggevenden integraal verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorg en de bedrijfsvoering en dus voor de taken zoals genoemd bij punt 5 en 6. Dit betekent in de praktijk dat de manager zich er van moet vergewissen dat deze zaken goed zijn belegd. Voor wat betreft taak 5 betekent dit dat de regiebehandelaar er op moet kunnen vertrouwen dat zijn collega's die samen met hem de behandeling van de patiënt uitvoeren bevoegd en bekwaam zijn en in staat zijn hun deel van de behandeling adequaat uit te voeren. Wel heeft de regiebehandelaar een signalerende taak als hij hier twijfels over heeft. Zijn twijfels dient hij te bespreken met zijn leidinggevende die hierover met betrokken medewerker in gesprek gaat. Voor wat betreft taak 6 geldt het zelfde. Vanuit zijn integrale verantwoordelijkheid is de leidinggevende ervoor verantwoordelijk dat de dossiervoering van zijn medewerkers voldoet aan de gestelde eisen. Echter ook hier heeft de regievoerder een signalerende rol. Op moment dat bij de bespreking van het behandelplan in het behandelkernteam blijkt dat het dossier niet op orde is, signaleert hij dit ter plekke en vraagt de betrokken collega zijn deel van het dossier op orde te brengen. Ook meldt hij dit punt bij de leidinggevende opdat deze in het gesprek met betrokken medewerker dit punt kan adresseren en passende maatregelen in gang kan zetten. In het intake/diagnostiekproces heeft de regiebehandelaar in de gespecialiseerde ggz nog een aantal extra taken (zie ook vraag 14a en 15).

1. de regiebehandelaar is ook verantwoordelijk voor het goed doorlopen van het intakeproces. Hij draagt zorg voor het (doen) stellen van de diagnose en stelt samen met de patiënt een (voorlopig) behandelvoorstel op. De regiebehandelaar heeft hiervoor direct contact (beeldbellen valt hier ook onder) met de patiënt.
2. Blijkt tijdens de intake alsnog dat de behandeling in de gespecialiseerde ggz niet is aangewezen, dan draagt de regiebehandelaar er zorg voor dat de patiënt wordt doorverwezen naar de generalistische basis-ggz of wordt terugverwezen naar de huisarts.
3. Als delen van het intake/diagnostisch proces door andere professionals dan de regiebehandelaar worden uitgevoerd, moet de regiebehandelaar via direct contact (ook beeldbellen) met de patiënt bij de beoordeling betrokken zijn. Hij is in deze fasen verantwoordelijk voor de patiënt en is aanspreekpunt in de periode voordat de behandeling aanvangt.
4. De regiebehandelaar is er voor verantwoordelijk dat de intake/aanvullende diagnostiek gegevens en het (voorlopig) behandelvoorstel worden besproken in het behandelkernteam.
5. De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat besluitvorming op cruciale momenten in de behandeling plaatsvindt en in het behandelkernteam wordt afgestemd en getoetst. Dit is minimaal bij wijziging behandelplan, ontslag, (dreigende) crisis en afronding van de behandeling. De regiebehandelaar ziet

er ook op toe dat de patiënt hierbij betrokken is (shared decision making) en dat de beslissing met betrekking tot het beleid wordt vastgelegd in het dossier van de patiënt. Bij GGNet draagt de psychiater de medische verantwoordelijkheid. Hij heeft de verantwoordelijkheid om risico's van de behandeling die de patiënt krijgt in de gespecialiseerde ggz te minimaliseren en daarmee de veiligheid van de behandeling te optimaliseren. Dit geldt niet alleen voor de patiënten die hij zelf (mede)behandeld maar voor alle patiënten van zijn team. Dit betekent dat in geval van crisissituaties het de psychiater is die bij verschil van mening met de regiebehandelaar het behandelbeleid bepaalt. De regiebehandelaar werkt samen met behandelaren. De behandelaar is de professional die uitvoering geeft aan (een deel van) de behandeling van de patiënt en niet de rol van regiebehandelaar heeft. De behandelaar handelt in overeenstemming met de voor hem geldende professionele (wetenschappelijke) standaard. Hij voert zijn aandeel in de behandeling uit zoals vooraf vastgelegd in het individuele behandelplan, het zorgprogramma en hiervan afgeleide zorgpad en/of zoals deze voortvloeien uit wet- en regelgeving. Hij ontleent zijn verantwoordelijkheid aan het deskundigheidsgebied waarvoor hij is opgeleid. Hij is verplicht zijn deskundigheid en bekwaamheid op peil te houden dan wel uit te breiden, zodanig dat hij voldoet aan de eisen die in redelijkheid aan hem als hulpverlener mogen worden gesteld. Specifieke taken en verantwoordelijkheden van de behandelaar: 1. De behandelaar geeft zelfstandig uitvoering aan (delen van) het behandelplan. 2. De behandelaar is verantwoordelijk voor het eigen handelen. 3. Hij voorziet de regiebehandelaar regelmatig en op tijd van relevante informatie, zodat deze zijn verantwoordelijkheden kan waarmaken. 4. Hij volgt aanwijzingen van de regiebehandelaar op voor zover deze verenigbaar zijn met zijn eigen deskundige oordeel en meldt expliciet aan de regiebehandelaar wanneer hij geen gevolg geeft aan diens aanwijzingen. Wanneer er verschil van mening is of inzicht met de regiebehandelaar over de te volgen behandeling van de patiënt kan de behandelaar een beroep doen op de escalatieprocedure van GGNet. 5. Bij afsluiting van zijn deel van de behandeling stelt hij de regiebehandelaar daarvan in kennis. Tenslotte kunnen teams binnen GGNet werken met een coördinerend behandelaar om de regiebehandelaar te ontlasten. In het landelijk model kwaliteitsstatuut GGZ worden namelijk veel taken bij de regiebehandelaar belegd. GGNet wijkt hier van af in die zin dat de coördinerend behandelaar onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar naast zijn aandeel in de behandeling van de patiënt ook praktische (regel)taken uit mag voeren mits dit niet de kern van de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar aantast. De regiebehandelaar stemt dit af met de patiënt en in het dossier wordt vastgelegd wat de coördinerend behandelaar doet.

16c. De voortgang van de behandeling wordt binnen Stichting GGNet als volgt gemonitord (zoals voortgangsbespreking behandelplan, evaluatie, vragenlijsten, ROM):

Binnen GGNet wordt de behandeling gemonitord met de patiënt aan de hand van voortgangsbesprekingen ten aanzien van het behandelplan in het behandelkernteam, het bespreken van uitkomsten van ROM indien aan de orde en soms aan de hand van specifiek op de stoornis afgestemde vragenlijsten.

16.d Binnen Stichting GGNet evalueert de regiebehandelaar samen met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling als volgt (toelichting op wijze van evaluatie en frequentie):

Frequentie De effectiviteit van de behandeling wordt gemeten. De frequentie hiervan is stoornis- en patiënt afhankelijk. Bij een reguliere behandeling (geen crisis) is dit minimaal 1 keer per jaar en zoveel vaker als nodig. Bij crisis is dit frequenter. De frequentie van evaluatie wordt opgenomen in het behandelplan van de patiënt. Wijze van evaluatie Behandelingen worden afgesloten op moment dat de doelen zijn behaald dan wel er onvoldoende gezondheidswinst met verdere behandeling kan worden behaald binnen GGNet. De vraag of het behandelgoal (en) is/zijn bereikt wordt door patiënt en regiebehandelaar beantwoord aan de hand van: a. Het oordeel van de patiënt. b. Het klinisch oordeel van de behandelaar. c. De outcome monitoring (o.a ROM) . Het gebruik van de ROM in de behandeling is gestart binnen GGNet door deelname aan het Doorbraakproject Shared Decision Making. Een Elearning module voor hulpverleners is in voorbereiding hoe ROM te gebruiken in de evaluatie van de behandeling samen met de patiënt om shared decision making breder in te voeren.

16e. De tevredenheid van patiënten/cliënten wordt binnen Stichting GGNet op de volgende manier gemeten (wanneer, hoe):

In 2016 zijn de Patienttevredenheidsmetingen binnen GGNet conform landelijke afspraken uitgevoerd met de CQ Index ambulante en de CQ Index klinisch. CQ Index ambulante is een korte lijst. De lijst is geïntegreerd in de ROM. De lijst wordt aangeboden aan alle patiënten volwassenen ambulante kortdurend aan het einde van hun behandeling. De CQ Index klinisch is een uitgebreide lijst. Deze wordt 1 x per jaar afgenomen door een onafhankelijk meetbureau bij patiënten die op het moment van meten in de opname klinieken aanwezig zijn. Dit gebeurt door middel van groepsbijeenkomsten. Daarnaast wordt de lijst toegestuurd aan patiënten die tot 3 maanden voorafgaand aan de groepsbijeenkomsten hun behandeling in de kliniek hebben afgerond. Voor patiënten bij VGGNet wordt een aparte versie van de Thermometer Clientwaardering gebruikt.

17. Afsluiting/nazorg

17a. De resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen worden als volgt met de patiënt/cliënt en diens verwijzer besproken (o.a. informeren verwijzer, advies aan verwijzer over vervolgstappen, informeren verolgbbehandelaar, hoe handelt instelling als patiënt/cliënt bezwaar maakt tegen informeren van verwijzer of anderen):

Op grond van de evaluatie van de behandeling bespreekt de regiebehandelaar met de patiënt de mogelijke vervolgstappen. • Indien patiënt en regiebehandelaar vinden dat de doelen zijn gehaald kan de behandeling beëindigd worden. Op moment dat de doelen deels of niet zijn gehaald volgt er: o verlenging van de behandeling of o herdiagnostiek o of verwijzing intern dan wel extern o of stopzetting/afroncling van de behandeling • De keuze voor één van deze opties wordt bepaald op basis van de uitkomsten van het overleg in het behandelkernteam en aan de hand van het klinisch oordeel, routine outcome metingen en het oordeel van de patiënt zelf. Binnen de generalistische basis-ggz gebeurt dit ook zo met uitzondering van het overleg in het behandelkernteam. • De verwijzer wordt geïnformeerd over de uitkomsten van de evaluatie indien de patiënt hiermee instemt; bij stopzetting/afroncling van de behandeling of bij doorverwijzing naar een andere zorgaanbieder door een afronclingsbrief. Bij interne dan wel externe verwijzing van de patiënt zorgt de regiebehandelaar voor een goede overdracht. Dit gebeurt minimaal schriftelijk maar bij voorkeur ook door direct contact tussen de betrokken regiebehandelaren ('warmere overdracht'). NB: Op moment dat de patiënt bezwaar maakt tegen het informeren van de verwijzer of anderen dan respecteert GGNet dit. Echter zij kan dan de patiënt in dat geval niet doorverwijzen naar een andere zorgaanbieder en zal dit met de patiënt bespreken. In dat geval volgt terugverwijzing naar de huisarts. Verantwoordelijkheid • De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het goed doorlopen van bovengenoemde stappen.

17b. Patiënten/cliënten en/of hun naasten kunnen als volgt handelen als er na afsluiting van de behandeling sprake is van crisis of terugval:

Als er na afsluiting van de behandeling sprake is van crisis of terugval neemt de patiënt contact op met de huisarts en deze kan de patiënt weer doorverwijzen naar GGNet.

IV. Ondertekening

Naam bestuurder van Stichting GGNet:

de heer C.P.F. Lemke

Plaats:

Warnsveld

Datum:

16 oktober 2016

Ik verklaar dat ik me houd aan de wettelijke kaders van mijn beroepsuitoefening,

handel conform het model kwaliteitsstatuut en dat ik dit kwaliteitsstatuut naar waarheid heb ingevuld:

Ja

Bij het openbaar maken van het kwaliteitsstatuut voegt de ggz-instelling de volgende bijlagen op de registratiepagina van www.ggzkwaliteitsstatuut.nl toe:

Een afschrift/kopie van het binnen de instelling geldende kwaliteitscertificaat (HKZ/NIAZ/JCI en/of ander keurmerk);

Een kopie van de overeenkomst met SBG voor aanlevering van ROM-gegevens;

Zijn algemene leveringsvoorwaarden;

Het binnen de instelling geldende professioneel statuut, waar de genoemde escalatie-procedure in is opgenomen.