



Zorginstituut Nederland

Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ

15 DECEMBER 2020

Voorwoord

Voor u ligt het nieuwe *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ*. Dit document beschrijft de minimale kwaliteitsnormen waar een zorgaanbieder aan moet voldoen om goede GGZ te kunnen bieden. De nadruk ligt daarbij op de rollen van de betrokken zorgverleners.

Het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* is tot stand gekomen nadat partijen in de GGZ medio 2019 geen consensus konden bereiken over de rol, taken en criteria van de regiebehandelaar in het *Model Kwaliteitsstatuut GGZ*. Zorginstituut Nederland heeft vervolgens doorzettingsmacht ingezet op het onderdeel regiebehandelaarschap. De Kwaliteitsraad is gevraagd een eenduidige omschrijving van het regiebehandelaarschap als onderdeel van het Kwaliteitsstatuut op te stellen en bij het Zorginstituut aan te bieden voor opname in het Register. Die omschrijving en de daarbij behorende rollen en competenties van de zorgverlener(s) zijn verwerkt in het bestaande *Model Kwaliteitsstatuut GGZ*.

Niet alle vraagstukken zijn in een sector als de GGZ op te lossen met een standaard of statuut. In de grijze gebieden, waar je in de praktijk onherroepelijk mee te maken krijgt, zijn ook dialoog, leiderschap en vertrouwen nodig om er samen uit te komen. Dialoog vraagt om een gelijkwaardige ontmoeting met samenleren en verbeteren als basis. Dialoog zorgt voor de gewenste balans tussen persoonlijke, maatschappelijke, professionele en organisatorische waarden en belangen. Dialoog zorgt ook voor oplossingen waarbij de administratieve lasten zo laag mogelijk gehouden worden. En dialoog leidt tot collectieve kennis en praktische wijsheid over waardevolle zorg. Daarom moet dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* niet alleen gezien worden als norm, maar ook als stimulans om met elkaar verantwoordelijkheid te nemen om in dialoog goede geestelijke gezondheidszorg in Nederland te realiseren.

Het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* biedt partijen in de GGZ helderheid en richting over het regiebehandelaarschap. Ten eerste worden twee rollen onderscheiden: die van indicerend regiebehandelaar en die van coördinerend regiebehandelaar. Ten tweede worden vier categorieën van problematiek en zorgaanbod beschreven en worden voor iedere categorie de competenties en opleidingen beschreven die nodig zijn om de rol van indicerend en coördinerend regiebehandelaar te kunnen vervullen. Ten derde worden lerende netwerken beschreven waaraan iedere regiebehandelaar moet deelnemen.

De Kwaliteitsraad geeft de sector ook een aantal opdrachten en aanbevelingen mee. Zo adviseert de Kwaliteitsraad om de komende jaren een Kwaliteitskader GGZ te ontwikkelen, waarin partijen in de GGZ beschrijven hoe zij samen op lerende wijze goede zorg vormgeven vanuit het perspectief van patiënten/ cliënten.

Het is goed om te zien hoe de GGZ als sector verantwoordelijkheid neemt om samen te werken aan kwaliteit van zorg. De Kwaliteitsraad heeft dan ook vertrouwen dat de sector op basis van dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* de volgende stappen gaat zetten op weg naar een toekomstbestendige GGZ in Nederland.

Prof. dr. Jan Kremer, voorzitter Kwaliteitsraad

De Kwaliteitsraad van het Zorginstituut is een onafhankelijke raad van deskundigen op het gebied van kwaliteit van zorg. De Raad geeft gevraagd en ongevraagd advies en heeft een wettelijke rol in de doorzettingsmacht van het Zorginstituut. Voor de Kwaliteitsraad ligt de essentie van kwaliteit vooral in het samen leren en verbeteren. Dat vraagt om nieuwe kwaliteitsinstrumenten.

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1 Inleiding	5
1.1 Introductie	5
1.2 Voorgeschiedenis	5
1.3 Procesbeschrijving doorzettingsmacht Kwaliteitsraad	5
2 Sectie I: Algemeen deel	7
2.1 Afbakening	7
2.2 Doelen	7
2.3 Algemene uitgangspunten	8
2.4 Complexiteit van problematiek en zorgaanbod	9
2.5 Rollen regiebehandelaarschap: indiceren en coördineren van zorg	11
2.6 Taken en verantwoordelijkheden indicierend regiebehandelaar	12
2.7 Taken en verantwoordelijkheden coördinerend regiebehandelaar	14
2.8 Relevante competenties	15
2.9 Samen leren en verbeteren	20
2.10 Medebehandelaar in de GGZ	21
2.11 Familie en naasten	22
2.12 Vormgeven gepast gebruik	22
2.13 Verantwoording, toetsing en controle Kwaliteitsstatuut	23
2.14 Doorontwikkeling Kwaliteitsstatuut en evaluatie	23
2.15 Opdrachten en aanbevelingen Kwaliteitsraad	23
3 Het zorgproces vanuit het perspectief van de patiënt/cliënt (patient journey)	25
4 Sectie II: Vrijgevestigden	28
4.1 Inleiding	28
4.2 Relatie patiënt/cliënt en vrijgevestigde	28
4.3 Samenwerking vraagt goede afspraken	28
4.4 Aanbod van zorg aan de patiënt/cliënt	29
5 Sectie III: GGZ-instellingen	32
5.1 Inleiding	32
5.2 Organisatie van de zorg	32
5.3 Zorgproces van individuele patiënten/cliënten	32
6 Bijlagen	
A. Begrippenlijst	34
B. Format Kwaliteitsstatuut Vrijgevestigde	37
C. AGB-classificatiecode	44
D. Format Kwaliteitsstatuut GGZ-instelling	45
E. Regeling overgang Jeugdwet naar Zvw bij bereiken 18 jaar	53

Samenvatting

Dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* beschrijft de normen waar een zorgaanbieder aan moet voldoen om de integrale zorg rond de individuele patiënt/cliënt binnen de curatieve GGZ te organiseren. In het bijzonder geeft het een beschrijving van de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners in verschillende onderdelen van het zorgproces. De nadruk ligt daarbij op het indiceren, coördineren en reflecteren van de behandeling en begeleiding. Ook beschrijft het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* minimale kwaliteitseisen waar een zorgaanbieder aan moet voldoen om goede GGZ te kunnen bieden. Op basis van dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* maakt iedere zorgaanbieder in de curatieve GGZ een eigen kwaliteitsstatuut.

Het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* onderscheidt vier categorieën complexiteit van situaties (A, B, C en D) waartoe een zorgproces kan behoren. De complexiteit van een bepaalde situatie hangt af van zowel de complexiteit van de problematiek als van de complexiteit van het zorgaanbod. In principe is alle zorg in de GGZ in meer of mindere mate complex, maar kan er onderscheid gemaakt worden tussen laagcomplex en hoogcomplex problematiek en laagcomplex en hoogcomplex zorgaanbod. Belangrijk daarbij is dat de complexiteit van de problematiek en zorgaanbod in de loop van een zorgproces kan veranderen.

Binnen het zorgproces van een patiënt/cliënt binnen de GGZ maakt het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* een onderscheid tussen twee onderdelen. Het gaat enerzijds om de probleemanalyse, indicatiestelling met het vaststellen van een diagnosebehandeling en begeleiding en de reflectie hierop en anderzijds om de uitvoering, coördinatie en reflectie van behandeling en begeleiding. Deze onderdelen hangen nauw met elkaar samen maar hebben elk hun eigen kwaliteitsaspecten. Vanuit deze twee centrale onderdelen van het zorgproces wordt een onderscheid gemaakt tussen de rollen indicerend regiebehandelaar en coördinerend regiebehandelaar. Het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* beschrijft welke taken en verantwoordelijkheden bij deze rollen horen en hoe dit zich verhoudt tot de rol van medebehandelaar. Tevens beschrijft het voor de vier categorieën complexiteit van situaties welke competenties nodig zijn om de rol van indicerend regiebehandelaar of coördinerend regiebehandelaar te kunnen vervullen.

Dit document is ontwikkeld voor alle zorgaanbieders en zorgverleners in de curatieve GGZ. Daarnaast biedt dit document patiënten/cliënten in de curatieve GGZ en hun familie of naasten ook inzicht in de uitgangspunten en werkwijze van de GGZ.

Een aantal algemene uitgangspunten ligt ten grondslag aan dit document. Uitgangspunten zijn bijvoorbeeld 'integrale benadering', 'patiënt/cliëntgerichte aanpak' en 'samen leren en verbeteren'. Zorgverleners kunnen van elkaar leren, zich verder ontwikkelen en verbeteren door met elkaar in gesprek te gaan. Daarom bevat dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* een aantal kwaliteitseisen om het samen reflecteren en uitwisselen van kennis en ervaringen te stimuleren. Zo moet elke indicerend of coördinerend regiebehandelaar onderdeel uitmaken van een multidisciplinair lerend netwerk dat minimaal twee keer per jaar bijeenkomt.

Het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* is een kwaliteitsinstrument met ruimte voor ontwikkeling. Zo zullen partijen gezamenlijk aanvullende kwaliteitsinstrumenten moeten maken voor bijvoorbeeld diagnostiek. Een aantal concrete aanbevelingen en opdrachten aan de sector vormt een belangrijk onderdeel voor de volgende stappen. Patiënten/cliënten, zorgverleners en zorgverzekeraars moeten met die concrete aanbevelingen en opdrachten aan de slag gaan om dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* in de praktijk te kunnen implementeren.

1. Inleiding

1.1 Introductie

Patiënten/cliënten¹ die een beroep doen op de GGZ hebben problemen van verschillende aard en ernst, waarvoor verschillende vormen van behandeling en begeleiding mogelijk zijn. Meerdere disciplines zijn daarbij betrokken, ieder met eigen competenties en opleidingen. Wanneer meerdere zorgverleners samenwerken, is het van belang dat er een goede onderlinge afstemming is en het voor iedereen duidelijk is welke zorgverlener welke rol in het zorgtraject vervult. Daarbij is het ook van belang gezamenlijk te bepalen wie het meest geschikt is voor het uitvoeren van een probleemanalyse en indicatiestelling, wie het overzicht over de behandelingen begeleiding (en reflectie hierop) kan houden en wie het aanspreekpunt voor de patiënt/cliënt en betrokken zorgverleners zal zijn.

1.2 Voorgeschiedenis

1.2.1 Waarom een Kwaliteitsstatuut?

Vele jaren is er in de GGZ gesproken over welke zorgverleners de rol van hoofdbehandelaar kunnen vervullen. Op verzoek van het ministerie van VWS heeft de commissie Meurs in 2015 in haar advies Hoofdbehandelaar GGZ als noodgreep een nieuwe term binnen de GGZ geïntroduceerd: de 'regiebehandelaar'. Deze zorgverlener stuurt zowel de inhoud, het proces, als de betrokken zorgverleners en draagt verantwoordelijkheid voor de integrale behandeling. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt/cliënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt. Elke betrokken zorgverlener is op een specifiek deelgebied inhoudelijk deskundig en verantwoordelijk. De commissie heeft ook de vereisten waaraan de regiebehandelaar dient te voldoen geformuleerd. Vervolgens hebben partijen op basis hiervan het *Model Kwaliteitsstatuut GGZ* opgesteld. Hierin hebben zij de uitgangspunten rond de regiebehandelaar vastgelegd en hebben zij een stap gezet in het beschrijven van welke beroepen in welke settingen onder welke voorwaarden regiebehandelaar kunnen zijn. Zo deed in 2017 het regiebehandelaarschap zijn intrede binnen de GGZ en werd de verdeling van verantwoordelijkheid tussen zorgverleners voor patiënt/cliënt, zorgverlener en financier verhelderd.

1.2.2 Problematiek regiebehandelaarschap en aanleiding doorzettingsmacht

Toch bleven er knelpunten rond het regiebehandelaarschap bestaan. Zo bleken er te veel rollen en verantwoordelijkheden bij één regiebehandelaar te worden belegd, wat een kwalitatief goede invulling van het regiebehandelaarschap belemmerde. Ook verschilden de betrokken partijen van mening over de criteria waaraan een regiebehandelaar diende te voldoen en over wie als regiebehandelaar kon optreden. Na een langdurig traject lukte het partijen niet om het eens te worden en het regiebehandelaarschap eenduidig vast te leggen in het *Model Kwaliteitsstatuut GGZ*. Het Zorginstituut heeft toen besloten doorzettingsmacht in te zetten en heeft de Kwaliteitsraad gevraagd om een eenduidige omschrijving van het regiebehandelaarschap als onderdeel van het *Model Kwaliteitsstatuut GGZ* op te stellen.

1.3 Procesbeschrijving doorzettingsmacht Kwaliteitsraad

De Kwaliteitsraad heeft dit traject in 2020 uitgevoerd. Om zoveel mogelijk aan te sluiten bij dat wat leeft in de praktijk, heeft de Kwaliteitsraad op meerdere momenten contact gehad met de relevante partijen. Dat vond plaats door het ophalen van schriftelijke input, het organiseren van een dialoogbijeenkomst, het houden van belondes over de voortgang van het proces en het voeren van individuele gesprekken. Gedurende het traject heeft de Kwaliteitsraad dankbaar gebruik gemaakt van de expertise van deskundigen binnen en buiten het Zorginstituut. Ook zijn gesprekken gevoerd over belangrijke ontwikkelingen in de GGZ, zoals het zorgprestatie model en het rapport over de beroepenstructuur van psychologen. Halverwege het traject heeft de Kwaliteitsraad een conceptdocument over regiebehandelaarschap ter consultatie voorgelegd aan de relevante partijen. De verkregen feedback is vervolgens met iedere partij besproken tijdens verdiepende gesprekken, met als doel de gemaakte opmerkingen zo goed mogelijk te kunnen duiden.

¹ Het begrip 'patiënt/cliënt' staat afhankelijk van de context voor: patiënt, cliënt, zorgvrager, (wettelijk vertegenwoordiger van de) patiënt/cliënt en diens naasten, mens of burger. Daar waar 'hij' (m) staat, bedoelen we ook 'zij' (v), of 'hen' (x).

Omdat het conceptdocument over regiebehandelaarschap niet los gezien kan worden van het bestaande *Model Kwaliteitsstatuut GGZ*, heeft de Kwaliteitsraad beide documenten geïntegreerd in het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ*. De tekst is waar nodig aangepast en redactioneel bewerkt met het oog op leesbaarheid. Het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* sluit aan bij de geldende wettelijke kaders en ordening.

De Kwaliteitsraad heeft het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* begin december 2020 aangeboden aan het Zorginstituut, die het na toetsing op 15 december 2020 heeft opgenomen in het openbare Register.

2. Sectie I: Algemeen deel

2.1 Afbakening

Dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* heeft betrekking op de curatieve geestelijke gezondheidszorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* is zodanig opgesteld dat het ook gebruikt kan worden in andere delen van de (geestelijke) gezondheidszorg zoals de kinder- en jeugd-GGZ, de langdurige zorg en de overige zorg.²

Het opstellen van een eigen kwaliteitsstatuut op basis van dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* is voor een GGZ-aanbieder verplicht. Het door de zorgaanbieder opgestelde kwaliteitsstatuut borgt dat de zorgaanbieder bewerkstelligt dat de juiste hulp, op de juiste plaats en door de juiste zorgverlener, binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk wordt geleverd. De zorgaanbieder bevordert daarmee gepaste zorg. Het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* dient als standaard. Dit kan, waar de lokale situatie dat vereist, worden aangevuld. De huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ) valt buiten de reikwijdte van de verplichting om een kwaliteitsstatuut te hebben.

Dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* is als kwaliteitsinstrument opgenomen in het openbare Register van het Zorginstituut. Het Register biedt alle betrokkenen transparantie over de normen voor goede zorg.

2.2 Doelen

Het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* beschrijft de normen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen om de integrale zorg rond de individuele patiënt / cliënt binnen de curatieve GGZ te organiseren. In het bijzonder geeft het een beschrijving van de rollen van de betrokken zorgverleners in verschillende onderdelen van het zorgproces. De nadruk ligt daarbij op de rol van indiceren, coördineren en reflecteren van de behandeling en begeleiding. Het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* zet uiteen welke taken en bevoegdheden bij deze rollen horen en welke competenties nodig zijn om deze uit te voeren. Daarnaast beschrijft het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* minimale kwaliteitseisen waar een zorgaanbieder aan moet voldoen om goede GGZ te kunnen bieden.

Dit document is ontwikkeld voor alle verschillende zorgaanbieders en zorgverleners in de curatieve GGZ. Ook biedt het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* patiënten / cliënten in de curatieve GGZ en hun familie of naasten inzicht in de uitgangspunten en werkwijze van de GGZ. Dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* kan handvatten bieden voor inkoopafspraken en voor extern toezicht door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en het tuchtrecht.

Op deze wijze draagt dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* bij aan het inzichtelijk maken van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening.

Op basis van dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* maakt iedere zorgaanbieder in de curatieve GGZ een eigen kwaliteitsstatuut.

- Het eigen kwaliteitsstatuut maakt voor de patiënt / cliënt inzichtelijk hoe de zorgverlener aan minimale kwaliteitsaspecten vorm en inhoud geeft. Het stelt de patiënt / cliënt zo in staat een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder en te participeren in de besluitvorming rond het individuele behandelproces.
- Het eigen kwaliteitsstatuut dient als kader voor werkafspraken binnen de instelling of het professionele netwerk.
- Het eigen kwaliteitsstatuut stelt financiers, toetsende en toezichthoudende instanties in de gelegenheid om een beeld te vormen over de kwaliteit van zorg zoals die door de individuele zorgaanbieder wordt geboden.

² Dit met het oog op uniforme kwaliteit van zorg. Daartoe dient dan eerst door aanbieders en financiers te worden besloten. Vooralsnog is het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* opgesteld als gedragen veldnorm voor de geneeskundige GGZ (Zorgverzekeringswet).

2.3 Algemene uitgangspunten

1. Patiënt/ cliëntgerichte aanpak

Een basisvoorwaarde voor een goede keuze voor behandeling en begeleiding is een vertrouwensrelatie tussen de zorgverlener en de patiënt/ cliënt. Alleen binnen zo'n relatie kan de patiënt/ cliënt een bewuste keuze maken voor een behandeling. Een door patiënt/ cliënt en zorgverlener overeengekomen zorgvraag is een andere belangrijke voorwaarde voor een effectieve behandelkeuze. Aanvullende voorwaarden zijn voldoende tijd en ruimte om goed te luisteren en de dialoog aan te gaan, een attitude van bescheidenheid en toetsbaarheid (RVS, Blijk van Vertrouwen), en een gelijkwaardige toegang tot goede informatie, zodat de patiënt/ cliënt en zorgverlener samen kunnen beslissen.

2. Goede afstemming en samenwerking

Er kunnen verschillende zorgverleners betrokken zijn bij de behandeling en begeleiding van een patiënt/ cliënt. Daarom is een duidelijke rolverdeling en afbakening van verantwoordelijkheden tussen alle betrokkenen nodig. Niet alleen als zij werkzaam zijn binnen eenzelfde zorgaanbieder, maar ook bij afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders. Het is noodzakelijk dat zorgverleners en zorgaanbieders afspraken maken over afstemming en samenwerking, goede overdracht, op- en afschalen, de organisatie van zorg en over de benodigde bevoegdheden en competenties.

3. Integrale benadering

Tijdens de probleemanalyse en het gehele zorgproces wordt ingegaan op de lichamelijke, psychische en sociale dimensies van levenskwaliteit. Ook wordt er gestreefd naar een geïntegreerd zorgaanbod, waarbij de acties die voor de verschillende dimensies nodig zijn zoveel mogelijk in samenhang worden aangeboden.

4. Focus op herstel

Patiënten/ cliënten hechten veel waarde aan hun functioneren in de samenleving en aan zoveel mogelijk eigen regie over hun behandeling en begeleiding. Een waardevol leven leiden, zelfredzaamheid en oog voor de leefwereld van de patiënt/ cliënt zijn leidend voor goede zorg. Vanuit een herstelgerichte benadering moet bekeken worden welk zorgaanbod het best passend is.

5. Samen leren en verbeteren

Goede zorg krijgt vorm in verbinding met patiënten/ cliënten, zorgverleners en verzekeraars. Voor goede kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg is 'samen leren en verbeteren' het motto. Methoden die hierbij passen zijn bijvoorbeeld interprofessionele leersessies, bespreken van spiegelinformatie en onderdeel zijn van lerende netwerken.

6. Beperking administratieve last

Vanuit maatschappelijk perspectief moet verantwoording worden afgelegd over de afspraken en regelgeving die rondom zorgverlening zijn gemaakt. In die zin zal ook het voldoen aan het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* een administratieve inspanning betekenen, maar die moet altijd in verhouding staan tot het doel dat het dient. Bij het opstellen van de tekst is daarom zoveel mogelijk rekening gehouden met het beperkt houden van de administratieve lasten.

7. Relatie tot wet- en regelgeving

Een zorgaanbieder moet uiteraard goede zorg aanbieden. Zorgverleners hebben daarbij de ruimte om de organisatie en inhoud van die zorg naar eigen inzicht in te richten. Deze ruimte wordt begrensd door wettelijk geregelde verantwoordelijkheden en bevoegdheden, die te allen tijde in acht genomen moeten worden. Het gaat bijvoorbeeld om de Wkkgz, de Wet BIG, de WGBO, de Zvw, de Wvvggz/Wzd, de Jeugdwet, de Wabvpz en waar van toepassing de Wmo 2015, de Wlz en de Jeugdwet.

2.4 Complexiteit van problematiek en zorgaanbod

2.4.1 Introductie

Iedermensenleven is een uniek en complex samenspel van persoonlijke, sociale en maatschappelijke factoren. Ook factoren die inbreuk doen op het persoonlijke leven, worden door ieder mens op een unieke manier beleefd. Dit is niet anders bij mensen met psychische problematiek. De context waarin klachten zich voordoen, heeft invloed op de persoonlijke leefwereld en bepaalt welke ondersteuning een patiënt/cliënt nodig heeft om zo goed mogelijk verder te kunnen. Naast behandeling van hun problematiek, hechten patiënten/cliënten ook veel waarde aan begeleiding bij het kunnen blijven functioneren in de samenleving en aan zoveel mogelijk eigen regie over hun leven. De roep om meer persoonlijke en herstelgerichte GGZ neemt daarom de laatste jaren toe. Goede zorg betekent voor patiënten/cliënten vaak: een waardevol en betekenisvol leven leiden, in verbinding staan met anderen en het ervaren van een bepaalde mate van zelfredzaamheid. Het is belangrijk dat het zorgaanbod aansluit bij de (brede) problematiek van de patiënt/cliënt en de mate van complexiteit.

2.4.2 Complexiteit

De complexiteit van een bepaalde situatie hangt af van zowel de complexiteit van de problematiek als van de complexiteit van het zorgaanbod. Omdat interacties tussen problemen en interventies in wisselende mate op de voorgrond kunnen staan, is complexiteit daarbij een relatief begrip. Door een heldere categorisering van complexiteit te formuleren op het vlak van de aard van de problematiek en de aard van het zorgaanbod, kan voorkomen worden dat situaties onterecht in een te zware categorie komen.

Bij onderstaande omschrijving wordt ervan uitgegaan dat in principe alle zorg in de GGZ in meer of mindere mate complex is, maar onderscheid gemaakt kan worden tussen laagcomplex en hoogcomplex problematiek en zorgaanbod. Belangrijk daarbij is dat de complexiteit van de problematiek en zorgaanbod in de loop van een zorgproces kan veranderen.

2.4.2.1 Complexiteit van problematiek

Op het vlak van complexiteit van problematiek wordt onderscheid gemaakt tussen laagcomplex en hoogcomplex problematiek.

1. Laagcomplex problematiek

Bij laagcomplex problematiek gaat het over psychische problemen waarbij na zorgvuldig ontrafelen goed is te voorzien welke behandeling of begeleiding nodig is. Er kunnen meerdere problemen spelen, maar de interactie tussen die problemen staat niet op de voorgrond. Standaarden helpen voldoende om na een grondige probleemanalyse te bepalen wat het best passende zorgaanbod is.

2. Hoogcomplex problematiek

Bij hoogcomplex problematiek gaat het over vaak ernstige psychische problemen waarbij het niet direct duidelijk is welke behandeling of begeleiding nodig is. Vaak spelen er meerdere psychische problemen, al dan niet met somatische of psychosociale multimorbiditeit, waarbij de interactie tussen die problemen of de ontwrichtende impact van de problemen op andere levensgebieden op de voorgrond staat. Standaarden helpen onvoldoende om na de probleemanalyse te bepalen wat het best passende zorgaanbod is.

2.4.2.2 Complexiteit van zorgaanbod

Op het vlak van complexiteit van het zorgaanbod wordt onderscheid gemaakt tussen laagcomplex en hoogcomplex zorgaanbod.

1. Laagcomplex zorgaanbod

Bij laagcomplex zorgaanbod gaat het over eenduidige vormen van behandeling of begeleiding, waarbij het beloop redelijk voorspelbaar is. Vaak gaat het over monodisciplinaire interventies van beperkte duur, maar dat hoeft niet altijd. Een laagcomplex zorgaanbod kan ook multidisciplinair en van lange duur zijn, als het beloop redelijk voorspelbaar is. Denk bijvoorbeeld aan een aanvankelijk hoogcomplex zorgaanbod, dat in een stabiele fase komt.

2. Hoogcomplex zorgaanbod

Bij hoogcomplex zorgaanbod gaat het over interventies die van dynamische aard zijn, waarbij het beloop niet goed voorspelbaar is. Vaak gaat het om multidisciplinaire interventies van langere duur, die met elkaar interacteren en die voortdurend een adaptief leervermogen vergen. Opname kan daarbij noodzakelijk zijn.

2.4.2.3 Categorieën van complexiteit van situaties

Op basis van de hierboven beschreven mate van complexiteit van problematiek en zorgaanbod is onderstaande indeling gemaakt, waarbij de crisissituatie (categorie D) een extra categorie is.

1. Categorie A

In deze categorie gaat het om situaties waarbij zowel de problematiek als het zorgaanbod laagcomplex zijn (zie hierboven). Denk hierbij aan een depressieve stoornis waardoor iemand is uitgevallen op zijn werk en psychotherapie wordt gegeven, soms in combinatie met medicatie, om weer te herstellen.

2. Categorie B

In deze categorie gaat het om situaties met hoogcomplex problematiek en een laagcomplex zorgaanbod (zie hierboven). Het kan ook gaan om situaties waar hoogcomplex problematiek aanvankelijk een hoogcomplex zorgaanbod vereiste, maar waar de situatie na verloop van tijd enigszins is gestabiliseerd, en het zorgaanbod een redelijk voorspelbaar beloop krijgt. Denk bijvoorbeeld aan de situatie waarbij het zorgaanbod aan de patiënt/cliënt van een FACT-team in stabiel vaarwater is gekomen.

3. Categorie C

In deze categorie gaat het om situaties met hoogcomplex problematiek en een hoogcomplex zorgaanbod (zie hierboven). Denk hierbij aan ernstig ontregelde patiënten/cliënten waarbij opname noodzakelijk kan zijn, waarbij gezamenlijk in een multidisciplinair team³ iteratief gezocht moet worden naar de best passende interventies en waarbij regelmatig bijgestuurd moet worden. Ook langer durende onvrijwillige of verplichte zorg kan hier onder vallen.

4. Categorie D

In deze categorie gaat het om crisissituaties waarbij direct situatief-reactief handelen vereist is, vaak op meerdere gebieden en door meerdere personen. Voorbeelden zijn een acute suïcidale crisis of een psychotische decompensatie met acute impact op andere levensgebieden of met gevaar. De vereiste zorg is vaak complex, past vaak niet in protocollen, vereist de juiste afweging en deskundige inschatting van risico's.

2.4.3 Bijzondere situaties

Binnen de complexe zorg kunnen bepaalde situaties voorkomen of bijzondere handelingen nodig zijn, waarvoor competenties zijn vereist die zijn verkregen in een erkende medische (specialistische) vervolgopleiding in het domein van de geestelijke gezondheidszorg.

³ Dit werken in multidisciplinaire teams betekent dat het zorgaanbod in categorie C niet in een monodisciplinaire praktijk uitgevoerd kan worden, tenzij voor de betreffende casus noodzakelijke multidisciplinaire samenwerking goed is georganiseerd in het netwerk, en als zodanig is beschreven in het eigen kwaliteitsstatuut van de desbetreffende praktijk.

Een psychiater⁴ met passende competenties moet worden ingeschakeld als:

- A. ECT wordt overwogen of ingesteld;
- B. dwangtoepassing in het kader van de Wvz, Wz of WGBO wordt overwogen;
- C. een medische verklaring moet worden opgesteld in het kader van de Wvz.

2.5 Rollen regiebehandelaarschap: indiceren en coördineren van zorg

Patiënten/cliënten die een beroep doen op de GGZ hebben problemen van verschillende aard, ernst en omstandigheden (zie 2.4.2.3) waarvoor diverse vormen van behandeling en begeleiding mogelijk zijn. Die behandeling en begeleiding bestaan vaak uit meerdere disciplines, ieder met eigen competenties en opleidingen.

Het is belangrijk de juiste kennis en ervaring op het juiste moment in te zetten, zodat patiënten/cliënten kunnen rekenen op goede en toegankelijke zorg. Door een goede beschrijving van de taken, verantwoordelijkheden en kwaliteitseisen voor de benodigde competenties kunnen patiënten/cliënten en zorgverleners bepalen welke zorgverlener(s) bepaalde rollen het beste kunnen uitvoeren in de verschillende onderdelen van het zorgproces.

Binnen het zorgproces kunnen twee centrale onderdelen worden onderscheiden:

- 1. de probleemanalyse, indicatiestelling met het vaststellen van een diagnose, de best passende behandeling en begeleiding en reflectie daarop;
- 2. de behandeling en begeleiding zelf, waarbij goede coördinatie, reflectie en laagdrempelige bereikbaarheid van belang zijn.

Deze twee onderdelen van het zorgproces hangen nauw met elkaar samen en kunnen tijdvolgordelijk overlappen, maar kennen eigen kwaliteitsaspecten die voor de regievoering verschillende competenties vereisen.

Bij deze twee centrale onderdelen van het zorgproces horen twee regierollen⁵:

- 1. De indicerende rol. De indicerend regiebehandelaar analyseert het probleem, op basis van professionele kennis en ervaring, samen met de patiënt/cliënt en eventueel met gebruik van deskundigheid van andere zorgverleners. Hij maakt een probleemanalyse, stelt een diagnose en maakt een behandelplan op hoofdlijnen voor behandeling en begeleiding. Tijdens de latere behandelfase wordt hij betrokken bij vastgelegde reflectiemomenten. Ook wordt hij betrokken bij ingrijpende wijzigingen in complexiteit van de situatie of vastlopen van de behandeling en begeleiding en stelt hij waar nodig een nieuw behandelplan op.
- 2. De coördinerende rol. De coördinerend regiebehandelaar zorgt voor goede afstemming en coördinatie van het zorgaanbod en samenwerking tussen de betrokken zorgverleners uit verschillende disciplines. Waar nodig werkt de coördinerend regiebehandelaar het behandelplan op meer gedetailleerd niveau uit. Daarnaast reflecteert hij regelmatig samen met de patiënt/cliënt (en bij ingrijpende veranderingen ook met de indicerend regiebehandelaar) op de behandeling en begeleiding, stelt hij waar nodig het behandelplan bij of beëindigt hij het behandelplan. De coördinerend regiebehandelaar is ook het centrale aanspreekpunt voor de patiënt/cliënt.

Deze rollen gaan gepaard met verschillende taken en verantwoordelijkheden die elkaar aanvullen en versterken. Daarom zullen deze twee rollen vaak door twee verschillende zorgverleners worden ingevuld (de indicerend regiebehandelaar en de coördinerend regiebehandelaar). In bepaalde gevallen kunnen beide rollen door één persoon worden ingevuld, bijvoorbeeld op verzoek van de patiënt/cliënt of als deze zorgverlener over competenties voor beide rollen beschikt. Als beide rollen door dezelfde persoon worden uitgevoerd, vraagt de reflectie met de patiënt/cliënt op de geleverde behandeling en begeleiding specifieke aandacht en speelt het lerend netwerk van de zorgverlener een belangrijke rol (zie verder paragraaf 2.9). Het is voor het uitvoeren van beide rollen essentieel dat de indicerend regiebehandelaar en coördinerend regiebehandelaar in direct contact een vertrouwensrelatie opbouwen met de patiënt/cliënt.

⁴ Als hij geen indicerend of coördinerend regiebehandelaar van de patiënt/cliënt is, wordt hij als medebehandelaar geconsulteerd.

⁵ Deze rollen mogen, als dit het geval is, niet conflicteren met de wettelijke rol van Wz-functionaris.

Het is hierbij belangrijk om te vermelden dat naast de indicierend of coördinerend regiebehandelaar ook andere zorgverleners een cruciale rol spelen bij het indiceren en coördineren, en bij de behandeling en begeleiding zelf. Elke zorgverlener, al dan niet regiebehandelaar, heeft een waardevol aandeel in het zorgproces.

De volgende twee paragrafen beschrijven de taken en verantwoordelijkheden voor de rol van indicierend en coördinerend regiebehandelaar.

2.6 Taken en verantwoordelijkheden indicierend regiebehandelaar

Patiënten/ cliënten in de GGZ ervaren problemen van verschillende aard en ernst, die het hele leven van de patiënt/ cliënt raken. Het is de verantwoordelijkheid van de indicierend regiebehandelaar om de problemen op een juiste manier te analyseren en om samen met de patiënt/ cliënt vast te stellen wat nodig is. Taken die de indicierend regiebehandelaar hiervoor uitvoert zijn: het maken van een probleemanalyse en het indiceren van de benodigde zorg, waarbij hij een diagnose, behandeling en begeleiding vaststelt en hierop reflecteert.

2.6.1 Probleemanalyse

Het is aan de verwijzer om op basis van zijn professionele deskundigheid in te schatten binnen welke categorie van complexiteit (zie paragraaf 2.4.2.3) de patiënt/ cliënt de best passende behandelingen begeleiding kan krijgen. De indicierend regiebehandelaar verkent vervolgens samen met de patiënt/ cliënt tijdens de probleemanalyse of de inschatting van de zorgbehoefte en problematiek daadwerkelijk aansluit bij de complexiteit van de situatie.

De indicierend regiebehandelaar heeft bij de probleemanalyse de volgende taken

- Het samen met de patiënt/ cliënt en eventueel met andere medebehandelaren (waar nodig ook de verwijzer) in kaart brengen van de problematiek.
- Het samen met de patiënt/ cliënt en eventueel met andere medebehandelaren vaststellen van de zorgbehoefte en het doel van de behandeling en begeleiding.
- Het zorg dragen voor een met de patiënt/ cliënt gedeelde conclusie, die het vertrekpunt is voor de diagnose en voor passende behandeling en begeleiding.

2.6.2 Indicatiestelling

Het uitgangspunt voor passende behandeling en begeleiding is een herstelgerichte insteek, vanuit een integrale medische en psychosociale benadering. Kwaliteit van leven, sociaal functioneren en eigen regie van de patiënt/ cliënt over zijn behandeling en begeleiding zijn daarbij belangrijk, net als een brede focus op medisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel. Omdat het nodig is een goed beeld te krijgen van alle elementen, kan de tijdsduur van de indicatiestelling en het vaststellen van een diagnose per patiënt/ cliënt verschillen. Bij het vaststellen van het zorgaanbod hoort ook de juiste aandacht voor het inzetten en activeren van het eigen netwerk van de patiënt/ cliënt.

Een tweede uitgangspunt is een persoonsgerichte benadering. Het geïndiceerde zorgaanbod van behandeling en begeleiding moet aansluiten op de persoonlijke behoefte en vragen van de patiënt/ cliënt, en de patiënt/ cliënt moet keuzevrijheid hebben in de gewenste zorgverlener(s). Ook als het voor patiënten/ cliënten lastig is een zorgvraag te formuleren, is het belangrijk te zoeken naar die vragen waar wel helderheid over bereikt kan worden om met passende zorg te kunnen starten.

Het vaststellen van het best passende zorgaanbod is gebaseerd op actuele wetenschappelijke kennis (*evidence based*), de expertise van de zorgverlener (*expert based*) en de ervaring van de patiënt/ cliënt (*experience based*). Daarnaast wordt kennis over doelmatigheid van zorg meegewogen. De patiënt/ cliënt en de indicierend regiebehandelaar moeten overeenstemming bereiken over de uiteindelijke keuze.

Een derde uitgangspunt is dat iedere indicierend regiebehandelaar de mogelijkheid heeft om waar gewenst advies te vragen aan andere (indicierend) zorgverleners over de betreffende casus, natuurlijk in samenspraak met en met instemming van de patiënt/ cliënt.

De indicierend regiebehandelaar heeft bij het vaststellen van het best passende zorgaanbod de volgende taken

- De afweging maken of de zorgvraag van de patiënt / cliënt en de complexiteit van de situatie aansluiten bij het beschikbare zorgaanbod. Als bij de betreffende zorgaanbieder geen passend aanbod is, verwijst de indicierend regiebehandelaar terug naar de huisarts⁶ of adviseert hij een andere zorgaanbieder met een beter passend zorgaanbod (bijvoorbeeld een andere specifieke deskundigheid).
- Het vaststellen van de diagnose.
- Indialoog met de patiënt / cliënt bespreken, vaststellen en organiseren van interventies en activiteiten.
- Het in samenspraak met de patiënt / cliënt en eventuele medebehandelaren en geconsulteerde collega's opstellen en vaststellen van de richting en de contouren van het behandelplan. Het behandelplan bevat in ieder geval:
 - De doelen van de behandeling en begeleiding voor een bepaalde periode, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de patiënt / cliënt.
 - De wijze waarop de zorgverlener(s) en de patiënt / cliënt de gestelde doelen trachten te bereiken, wat haalbaar is in de betreffende situatie én wat bijdraagt aan de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren van de patiënt / cliënt.
 - Wie de interventie(s) gaat uitvoeren en wie verantwoordelijk is voor de verschillende onderdelen van de behandeling en begeleiding.
 - Afspraken over hoe te handelen bij een crisis en op welke manier voor waarneming tijdens afwezigheid van de indicierend en coördinerend regiebehandelaar wordt zorggedragen.
 - Wie de rol van coördinerend regiebehandelaar vervult.
 - Na hoeveel tijd er op de behandeling en begeleiding wordt gereflecteerd en wanneer de behandeling en begeleiding waar nodig moet worden bijgesteld.
- De patiënt / cliënt geeft toestemming voor het behandelplan en het behandelplan blijft gedurende de behandeling en begeleiding ter beschikking van de patiënt / cliënt. De patiënt / cliënt heeft te allen tijde, zowel tijdens als na de behandeling en begeleiding recht op inzage, verstrekking van een kopie en vernietiging van het behandelplan.⁷
- Mocht de patiënt / cliënt niet direct na diagnostiek in behandeling kunnen worden genomen, dan is de indicierend regiebehandelaar de eerstverantwoordelijke zorgverlener voor de zorg van de patiënt / cliënt in de tussenliggende periode. De indicierend regiebehandelaar gaat hierbij na welke tussentijdse zorg nodig en mogelijk is voor de patiënt / cliënt.
- Schriftelijk terugkoppelen aan de verwijzer als het behandelplan is vastgesteld. Hiervoor moet expliciete toestemming worden gegeven door de patiënt / cliënt.
- Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling en begeleiding heeft de indicierend regiebehandelaar de doorslaggevende stem. Dit gebeurt altijd in samenspraak en met instemming met de patiënt / cliënt, tenzij dit niet mogelijk is op basis van de vigerende wet- en regelgeving voor onvrijwillige of verplichte zorg.

2.6.3 Reflectie

Het vaststellen van de diagnose, het kiezen voor en daarna uitvoeren van de juiste behandelingen en begeleiding vormen een dynamisch proces, waarbij tussentijdse reflecties nodig kunnen zijn. Deels zijn deze momenten vastgelegd in het behandelplan, maar ze kunnen ook door de coördinerend regiebehandelaar worden geïnitieerd. Op basis van tussentijdse bevindingen en monitoring reflecteren de patiënt / cliënt en de coördinerend regiebehandelaar samen op de behandelingen en begeleidingen bespreken zij of met de behandeling en begeleiding de gestelde doelen nog steeds bereikt kunnen worden. Deze reflectiemomenten kunnen leiden tot voortzetting, aanpassing of beëindiging van de behandeling en begeleiding. Als ingrijpende wijzigingen nodig zijn in de uitvoering van het behandelplan, de situatie van de patiënt / cliënt substantieel wijzigt of de behandeling en begeleiding vastloopt, betreft de coördinerend

⁶ Zie hiervoor ook de veldnorm Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts en GGZ.

⁷ Behoudens de wettelijke uitzonderingen op deze rechten.

regiebehandelaar ook de indicierend regiebehandelaar bij reflectie. Aanpassingen worden door de coördinerend regiebehandelaar opgenomen in het behandelplan, tenzij de aanpassingen zo groot zijn dat er een nieuw behandelplan nodig is. Dit zal dan opgesteld moeten worden door de indicierend regiebehandelaar.

De indicierend regiebehandelaar voert bij de reflectie de volgende taken uit

- Op basis van het behandelplan of op initiatief van de coördinerend regiebehandelaar, op initiatief van patiënt/cliënt of op initiatief van beiden periodiek en tijdig reflecteren op de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling en begeleiding. Als de indicierend en coördinerend regiebehandelaar dezelfde persoon is, is op zijn minst aantoonbaar dat de regiebehandelaar onderdeel is van een lerend netwerk (zie verder bij paragraaf 2.9).
- Als tijdens de reflectiemomenten blijkt dat een nieuwe probleemanalyse, indicatiestelling en daarop aansluitend behandelplan nodig zijn, dan doorloopt de indicierend regiebehandelaar deze stappen (zie vanaf 2.6.1).

2.7 Taken en verantwoordelijkheden coördinerend regiebehandelaar

Na het vaststellen van het behandelplan volgt het uitvoeren van de daadwerkelijke behandeling en begeleiding. Afhankelijk van de problematiek zijn vaak meerdere zorgverleners betrokken, die allemaal hun eigen verantwoordelijkheid hebben voor het deel van de zorg dat zij verrichten. Een centraal aanspreekpunt voor de patiënt/cliënt en diens naasten is cruciaal, evenals onderlinge afstemming tussen zorgverleners, coördinatie van de activiteiten rond de behandeling en begeleiding en reflectie hierop. Het is belangrijk dat voor deze taken één van de betrokken zorgverleners als coördinerend regiebehandelaar wordt aangesteld.

2.7.1 Centraal aanspreekpunt voor patiënt/cliënt en diens naasten

Het is voor de patiënt/cliënt en diens naasten belangrijk dat er tijdens de behandeling en begeleiding één centraal aanspreekpunt is, dat zorg draagt voor goede communicatie. Deze rol wordt ingevuld door de coördinerend regiebehandelaar.

De coördinerend regiebehandelaar heeft als centraal aanspreekpunt de volgende taken

- Fungeren als eerste aanspreekpunt voor de patiënt/cliënt bij vragen of verzoeken.
- Fungeren als eerste aanspreekpunt voor andere zorgverleners buiten het directe behandelteam.
- Regelmatig met de patiënt/cliënt reflecteren over het beloop van de behandeling.
- Fungeren als contactpersoon voor de patiënt/cliënt, als er veranderingen zijn in de behandeling of als er een wisseling van zorgverleners plaatsvindt.

2.7.2 Coördinator voor zorgverleners en het zorgproces

Er dient een goede onderlinge afstemming en coördinatie te zijn van de activiteiten van alle betrokken zorgverleners. Daarbij is het belangrijk dat er één zorgverlener is die het overzicht houdt en die zorgt dat de bijdragen van verschillende zorgverleners goed op elkaar worden afgestemd. De patiënt/cliënt kan er daardoor op rekenen dat hij wordt behandeld en begeleid door zorgverleners die acteren als één samenwerkend team. De coördinerend regiebehandelaar organiseert overleg als dat nodig is en ziet erop toe dat het behandelplan wordt uitgevoerd.

De coördinerend regiebehandelaar voert bij de coördinatie de volgende taken uit

- Toezien op de uitvoering van het opgestelde behandelplan.
- Waar nodig op meer gedetailleerder niveau uitwerken van het behandelplan.
- Monitoren van de voortgang van behandeling en begeleiding.
- Coördineren van zorg, met name op dynamische momenten, zoals nabijstelling van het behandelplan, bij voorgenomen ontslag of bij het afronden van de behandeling en begeleiding.
- Zich regelmatig laten informeren door de betrokken zorgverleners over de voortgang van de behandeling en begeleiding of over belangrijke ontwikkelingen.
- Organiseren van voldoende afstemming en (multidisciplinair) overleg tussen de betrokken zorgverleners en het vaststellen van de frequentie van overlegmomenten.
- Zorgen voor een goede overdracht van gemaakte afspraken, als er een wisseling tussen zorgverleners plaatsvindt en deze afspraken vastleggen in het behandelplan en dossier.

2.7.3 Reflectie

Gedurende de behandeling en begeleiding is regelmatige reflectie nodig met zorgverleners en de patiënt/ cliënt om na te gaan of de gestelde doelen nog steeds bereikt kunnen worden. De coördinerend regiebehandelaar zorgt ervoor dat deze reflectiemomenten plaatsvinden en legt eventuele wijzigingen in het behandelplan vast.

De coördinerend regiebehandelaar voert bij de reflectie de volgende taken uit

- Zorg dragen voor de in het behandelplan vastgestelde reflectiemomenten en het hierbij (waar nodig) betrekken van de indicierend regiebehandelaar.
- Monitoren en organiseren van extra reflectiemomenten (bijvoorbeeld bij ingrijpende veranderingen of complicaties).
- Bijstellen, overdragen of beëindigen van de behandeling en begeleiding en aanpassen van het behandelplan, als blijkt dat de behandeling en begeleiding niet meer helemaal passend is. In afstemming met de patiënt/ cliënt en (waar nodig) de indicierend regiebehandelaar.
- Schriftelijk terugkoppelen aan de verwijzer als de behandeling en begeleiding zijn beëindigd. Hiervoor moet expliciete toestemming worden gegeven door de patiënt/ cliënt.

2.8 Relevante competenties

De indicierend en coördinerend regiebehandelaar hebben de juiste competenties nodig voor het uitvoeren van hun indicerende en coördinerende taken en verantwoordelijkheden bij de behandeling en begeleiding. De basis daarvoor wordt opgebouwd tijdens een beroepsopleiding. Daarnaast worden aanvullende competenties verkregen door verdere (aanvullende) scholingen en praktijkervaring. De opgedane competenties moeten aansluiten bij de complexiteit van de betreffende problematiek en het zorgaanbod.

In onderstaande paragrafen staan de benodigde competenties voor de indicierend en coördinerend regiebehandelaar beschreven. Deze competenties sluiten aan bij algemeen geaccepteerde en breed gebruikte modellen voor competentieontwikkeling binnen opleiding en nascholing, zoals het CanMeds-model.

2.8.1 Competenties indicierend regiebehandelaar

Vereiste competenties

Wettelijk en opleidingskader rondom competenties

Uit de Wet BIG volgt dat de zorgverlener zowel bevoegd als bekwaam moet zijn om (bepaalde onderdelen van) de zorg uit te mogen voeren (zie onder andere artikel 35a, Wet BIG). De indicierend regiebehandelaar valt – afhankelijk van de mate van complexiteit van de problematiek – onder artikel 3 of 14 van de Wet BIG (zie tabel 1).

De indicierend regiebehandelaar heeft competenties verkregen in:

- een landelijk erkende beroepsopleiding in het domein van de geestelijke gezondheidszorg, met voldoende aandacht voor diagnostiek, probleemanalyse, indicatiestelling en reflectie; of
- een landelijk erkende beroepsopleiding met een substantieel opleidingsonderdeel GGZ, met voldoende aandacht voor diagnostiek, probleemanalyse, indicatiestelling en reflectie.

Het minimale niveau van de benodigde beroepsopleiding is afhankelijk van de mate van complexiteit van de situatie (zie tabel 1).

Bij alle omstandigheden van complexiteit geldt dat de indicierend regiebehandelaar moet beschikken over competenties op het vlak van de (dominante) problematiek die in de betreffende casus speelt.

Uit de naamvoering moet blijken welke opleiding de indicierend regiebehandelaar heeft afgerond.

Competenties op het gebied van professioneel inhoudelijk handelen

De indicierend regiebehandelaar is in staat om verschillende onderdelen van het diagnostisch proces samen te brengen en een conclusie of diagnose te vormen.

De indicierend regiebehandelaar heeft kennis over het voorkomen van multipale psychische problematiek en over hoe verschillende soorten problematiek op elkaar kunnen inwerken.

Bij problematiek op meerdere dimensies heeft de indicierend regiebehandelaar ruime expertise en werkervaring om een juiste inschatting te maken van het best passende zorgaanbod en de best passende behandeling en begeleiding voor de patiënt/cliënt op elk van die dimensies.

De indicierend regiebehandelaar kan goed inschatten of tijdens de probleemanalyse dominante problematiek bij de patiënt/cliënt aanwezig is die niet past bij zijn deskundigheidsgebied. De indicierend regiebehandelaar verwijst de patiënt/cliënt in dat geval door naar een andere indicierend regiebehandelaar.

De indicierend regiebehandelaar kan goed inschatten bij welke zorgvraag en op welk moment een andere zorgverlener moet worden geraadpleegd.

Competenties op het gebied van samenwerken en communicatie

De indicierend regiebehandelaar beschikt over goede communicatievaardigheden (bijvoorbeeld luisteren, empathie, eigen oordeel uitspreken).

De indicierend regiebehandelaar heeft kennis van het werk van aangrenzende specialisten en netwerken in de regio. Hij onderkent daarbij de grenzen van de professionele rollen en deskundigheid van zichzelf en andere zorgverleners.

De indicierend regiebehandelaar beschikt over voldoende vaardigheden en kennis om afspraken te maken met de andere betrokken zorgverleners over regievoering, toegankelijkheid, zinnigheid, zorginhoud, dossiervoering, samenwerking, communicatie en evaluatie.

De indicierend regiebehandelaar beschikt over voldoende communicatieve vaardigheden om op een adequate manier de naasten te betrekken in de behandeling en begeleiding van de patiënt/cliënt en integreert hun mening en ervaring in het individuele behandelplan.

2.8.2 Competenties coördinerend regiebehandelaar

Vereiste competenties

Wettelijk en opleidingskader rondom competenties

Uit de Wet BIG volgt dat de zorgverlener zowel bevoegd als bekwaam moet zijn om (bepaalde onderdelen van) de zorg uit te mogen voeren (zie onder andere artikel 35a, Wet BIG). De coördinerend regiebehandelaar valt – afhankelijk van de mate van complexiteit van de problematiek – onder artikel 3 of 14 van de Wet BIG (zie tabel 1).

De coördinerend regiebehandelaar heeft competenties verkregen in:

- een landelijk erkende beroepsopleiding in het domein van de geestelijke gezondheidszorg; of
- een landelijk erkende beroepsopleiding met een substantieel opleidingsonderdeel GGZ.

Het minimale niveau van de benodigde beroepsopleiding is afhankelijk van de mate van complexiteit van de situatie (zie tabel 1).

~~Uit de naamvoering moet blijken welke opleiding de coördinerend regiebehandelaar heeft afgerond.~~

Competenties op het gebied van professioneel inhoudelijk handelen

De coördinerend regiebehandelaar beschikt over voldoende vaardigheden en ervaring om zorgbehoefte op

complexiteit en urgentie in te schatten en kan de aard en omvang van behandeling en begeleiding die nodig zijn organiseren en uitvoeren.

De coördinerend regiebehandelaar beschikt over voldoende vaardigheden om behandeling en begeleiding te bieden bij de gevolgen van psychische problematiek en de beperkingen en mogelijkheden die daarvan het gevolg zijn.

De coördinerend regiebehandelaar heeft voldoende ervaring met preventie, kortdurende of acute zorgvragen, crisissituaties of met langer durende behandeling van zorgvragen.

Competenties op het gebied van samenwerken en communicatie

De coördinerend regiebehandelaar beschikt over goede communicatievaardigheden (bijvoorbeeld luisteren, empathie, eigen oordeel uitstellen).

De coördinerend regiebehandelaar beschikt over voldoende communicatievaardigheden om de naasten in de zorg van de patiënt/cliënt te betrekken.

Bij meervoudige problematiek heeft de coördinerend regiebehandelaar ruime expertise en werkervaring om de patiënt/cliënt te ondersteunen en begeleiden.

De coördinerend regiebehandelaar beschikt over ruime ervaring in (multidisciplinaire) samenwerking met diverse zorgverleners.

De coördinerend regiebehandelaar kan inschatten in welke situaties een psychiater of de indicierend regiebehandelaar geconsulteerd moet(en) worden.

2.8.3 Onderhouden en doorontwikkelen competenties indicierend en coördinerend regiebehandelaar

Vereisten voor onderhoud en doorontwikkeling competenties

De indicierend of coördinerend regiebehandelaar neemt aantoonbaar deel aan interprofessionele nascholing, spiegelinformatiesessies of intervisie van de instelling waar hij werkzaam is of, in geval van vrijgevestigd regiebehandelaars, in een lerend netwerk met collega's (zie voor nadere uitwerking paragraaf 2.9).

De indicierend of coördinerend regiebehandelaar beschikt over relevante werkervaring en onderhoudt aantoonbaar deze kennis en ervaring.

De indicierend of coördinerend regiebehandelaar maakt (na)scholing en werkervaring transparant voor patiënten/ cliënten, bijvoorbeeld door een persoonlijk portfolio bij te houden en deze toegankelijk te maken via de website van de vrijgevestigde praktijk of GGZ-instelling.

2.8.4 Complexiteit van situaties en vereiste beroepsopleiding

In tabel 1 (op de volgende pagina) staan voor de vier categorieën (zie paragraaf 2.4) de minimale vereisten aan de indicierend en coördinerend regiebehandelaar aangegeven.⁸ Vanzelfsprekend moet de indicierend en coördinerend regiebehandelaar ook de specifieke inhoudelijke competenties hebben die nodig zijn voor de betreffende problematiek (zie paragraaf 2.8.1 en 2.8.2).

⁸ Het Protocol gecontroleerde experimenteerruimte komt hiermee te vervallen.

Tabel 1 | De categorieën van complexiteit van situaties, vereiste BIG-registratie en beroepsopleiding indicierend en coördinerend regiebehandelaar.

Indicerend regiebehandelaar	Coördinerend regiebehandelaar
Categorie A	
Minimaal vallend onder artikel 3 Wet BIG; en minimaal voltooide landelijk erkende hbo-master (NLQF7) beroepsopleiding in het domein van de geestelijke gezondheidszorg of met een substantieel opleidingsonderdeel GGZ, met voldoende aandacht voor diagnostiek, probleemanalyse, indicatiestelling en reflectie, mits de dominante problematiek binnen het deskundigheidsgebied van de zorgverlener ligt. ⁹	Minimaal vallend onder artikel 3 Wet BIG; en minimaal voltooide landelijk erkende post-hbo (NLQF6) beroepsopleiding in het domein van de geestelijke gezondheidszorg of met een substantieel opleidingsonderdeel GGZ. ¹⁰
Categorie B	
Vallend onder artikel 14 Wet BIG; en minimaal voltooide landelijk erkende hbo-master (NLQF7) beroepsopleiding in het domein van de geestelijke gezondheidszorg of met een substantieel opleidingsonderdeel GGZ, met voldoende aandacht voor diagnostiek, probleemanalyse, indicatiestelling en reflectie, mits de dominante problematiek binnen het deskundigheidsgebied van de zorgverlener ligt. ¹¹ Of: Vallend onder artikel 3 Wet BIG; en minimaal voltooide landelijk erkende postdoctorale beroepsopleiding Psychotherapeut of KNMG Verslavingsgeneeskunde, met voldoende aandacht voor diagnostiek, probleemanalyse, indicatiestelling en reflectie, mits de dominante problematiek binnen het deskundigheidsgebied van de zorgverlener ligt.	Minimaal vallend onder artikel 3 Wet BIG; en minimaal voltooide landelijk erkende post-hbo (NLQF6) beroepsopleiding in het domein van de geestelijke gezondheidszorg of met een substantieel opleidingsonderdeel GGZ. ¹²
Categorie C	
Vallend onder artikel 14 Wet BIG; en minimaal voltooide landelijk erkende postdoctorale beroepsopleiding in het domein van de geestelijke gezondheidszorg, met voldoende aandacht voor diagnostiek, probleemanalyse, indicatiestelling en reflectie. ¹³	Vallend onder artikel 14 Wet BIG; en minimaal voltooide landelijk erkende hbo-master (NLQF7) beroepsopleiding in het domein van de geestelijke gezondheidszorg of met een substantieel opleidingsonderdeel GGZ. ¹⁴ Of: Vallend onder artikel 3 Wet BIG; en minimaal voltooide landelijk erkende postdoctorale beroepsopleiding Psychotherapeut of KNMG Verslavingsgeneeskunde, mits de dominante problematiek binnen het deskundigheidsgebied van de zorgverlener ligt.
Categorie D	
Vallend onder artikel 14 Wet BIG; en minimaal voltooide landelijk erkende postdoctorale beroepsopleiding in het domein van de geestelijke gezondheidszorg, met voldoende aandacht voor diagnostiek, probleemanalyse, indicatiestelling en reflectie. ¹⁵	Vallend onder artikel 14 Wet BIG; en minimaal voltooide landelijk erkende hbo-master (NLQF7) beroepsopleiding in het domein van de geestelijke gezondheidszorg, of met een substantieel opleidingsonderdeel GGZ. ¹⁶

9 Bijvoorbeeld verpleegkundig specialist, physician assistant en orthopedagoog-generalist.

10 Bijvoorbeeld sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, GZ-psycholoog en physician assistant.

11 Bijvoorbeeld verpleegkundig specialist, specialist ouderengeneeskunde en klinisch geriater.

12 Bijvoorbeeld sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, GZ-psycholoog en physician assistant.

13 Bijvoorbeeld psychiater, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog.

14 Bijvoorbeeld verpleegkundig specialist, specialist ouderengeneeskunde en klinisch geriater.

15 Bijvoorbeeld psychiater, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog.

16 Bijvoorbeeld verpleegkundig specialist, specialist ouderengeneeskunde en klinisch geriater.

Als de mate van complexiteit van de betreffende situatie niet duidelijk is en er twijfel over ontstaat, gaan de betrokken zorgverleners samen met patiënt/cliënt in gesprek om tot een duiding te komen. Overleg met collega's in de lerende netwerken kan hier ook een rol spelen, met name als er geen andere zorgverleners betrokken zijn. De gekozen oplossing moet door de indicierend regiebehandelaar worden verantwoord in het dossier. Als de mate van complexiteit verandert gedurende het zorgtraject, kan worden op- of afgeschaald naar een andere categorie. Bij een crisissituatie geldt de landelijke norm zoals beschreven in de generieke module Acute Psychiatrie.¹⁷

2.9 Samen leren en verbeteren

2.9.1 Reflecteren in een lerend netwerk

Samen leren en verbeteren is cruciaal voor het leveren van goede zorg.¹⁸ De probleemanalyse, indicatiestelling en het verloop van de behandelingen begeleiding en de reflectie hierop zijn momenten in het zorgproces waarbij belangrijke beslissingen worden gemaakt. Reflecteren inclusief de perspectieven van anderen is daarbij cruciaal. Verschillende invalshoeken en ideeën kunnen leiden tot nieuwe inzichten die de behandeling en begeleiding voor de patiënt/cliënt ten goede komen.

Het uitgangspunt is dat de indicierend en coördinerend regiebehandelaar op cruciale momenten zoals eerder beschreven in het zorgproces gezamenlijk reflecteren. Wanneer beide rollen door één regiebehandelaar worden ingevuld, is het van belang dat deze regiebehandelaar waar nodig een andere zorgverlener raadpleegt, als de zorg niet verloopt zoals in het behandelplan is vastgelegd. Om in dat geval de reflectie op het zorgproces te garanderen, is deel uitmaken van een lerend netwerk nodig. Wederzijds vertrouwen is daarbij cruciaal.

Niet alleen de reflectie op het zorgproces en de behandelingen begeleiding is noodzakelijk, maar ook reflectie op het eigen handelen als indicierend of coördinerend regiebehandelaar. Alle indicierend en coördinerend regiebehandelaren zullen zich daarom moeten verbinden aan een lerend netwerk waarbij zij op systematische wijze op hun handelen reflecteren. De lerende netwerken zullen een bepaalde omvang moeten hebben om de kennisuitwisseling te garanderen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in drie groepen van zorgaanbieders:

1. zelfstandig werkende zorgverleners;
2. zorgaanbieders met 2 tot 50 zorgverleners;
3. zorgaanbieders met meer dan 50 zorgverleners.

¹⁷ <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie/introductie>.

¹⁸ Visie Samen leren en verbeteren, Kwaliteitsraad, 2019.

De indicierend en coördinerend regiebehandelaar en de zorgaanbieders waarbij zij werken moeten voldoen aan de volgende kwaliteitseisen op het gebied van leren en verbeteren:

Kwaliteitseisen

Iedere indicierend of coördinerend regiebehandelaar reflecteert minimaal twee keer per jaar op zijn werk als indicierend of coördinerend regiebehandelaar in een lerend netwerk. Dit lerende netwerk bestaat uit ten minste vier andere indicierend of coördinerend regiebehandelaren uit twee of meer disciplines. In het lerende netwerk kunnen bijvoorbeeld casuïstiek, complicaties, benchmarks en inhoudelijke thema's aan de orde komen. Deelname aan het lerende netwerk dient aantoonbaar te zijn.

Om deze reflectie mogelijk te maken voor zelfstandig werkende zorgverleners (groep 1) vormen zij met beroeps-genoten een eigen lerend netwerk of sluiten zich aan bij een netwerk van een zorgaanbieder.

Om deze reflectie mogelijk te maken maakt een zorgaanbieder met meerdere zorgverleners in dienst, lerende netwerken mogelijk voor zijn indicierend en coördinerend regiebehandelaren. Kleine zorgaanbieders (groep 2) doen dat door zich te verbinden met ten minste één andere zorgaanbieder. Grote zorgaanbieders (groep 3) doen dat binnen hun eigen organisatie.

Als de regiebehandelaar bij de patiënt / cliënt zowel de rol van indicierend als coördinerend regiebehandelaar vervult, maakt hij afspraken over consultatiemogelijkheden op casusniveau binnen zijn lerende netwerk.¹⁹

Bij de onderlinge uitwisseling gaat het om de reflectie op de kwaliteit van indiceren en coördineren van zorg en niet over bedrijfsmatige aspecten.

2.9.2 Dialoog en verantwoording

Ook verantwoording aan toezichthouders en betalers draagt bij aan leren en verbeteren. Bij deze verantwoording staat de dialoog centraal. In deze dialoog gaat het niet alleen over geaggregeerde data, maar ook over het duiden van deze data in een persoonlijke en dynamische context. Het gesprek over doelmatigheid is onderdeel van verantwoording.

2.10 Medebehandelaar in de GGZ

Met de medebehandelaar wordt in dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* bedoeld de zorgverlener die uitvoering geeft aan (een deel van) de behandeling en begeleiding van een patiënt / cliënt. Hij vervult daarbij niet de rol van indicierend of coördinerend regiebehandelaar, maar speelt wel een cruciale rol bij het indiceren, coördineren en uitvoeren van de behandeling en begeleiding. Denk bijvoorbeeld aan de cruciale bijdragen van verpleegkundigen die geen indicierend of coördinerend regiebehandelaar zijn.

Ook ervaringsdeskundigen spelen in de GGZ een belangrijke rol. De kracht van een ervaringsdeskundige ligt onder andere op de nadruk die zij leggen op herstel. Zij nemen daarbij het leven en de sociale context van de patiënt / cliënt als vertrekpunt. Patiënten / cliënten zien in de ervaringsdeskundige vaak een rolmodel.

De medebehandelaar in de GGZ handelt in overeenstemming met de voor hem geldende professionele (wetenschappelijke) standaard. Hij voert zijn aandeel in de behandeling en begeleiding uit zoals vooraf vastgelegd in het individuele behandelplan, het zorgprogramma of zoals deze voortvloeien uit de wet- en regelgeving. Hij ontleent zijn verantwoordelijkheid aan het deskundigheidsgebied waarvoor hij is opgeleid. Hij is gehouden 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. Intervisie en supervisie zijn hierbij essentiële instrumenten.

¹⁹ Bijvoorbeeld bij verandering in zorgvraag van de patiënt/cliënt, afwijken van het behandelplan of professionele richtlijn.

De medebehandelaar in de GGZ heeft de volgende specifieke taken en verantwoordelijkheden

- Geeft binnen het kader van het behandelplan zelfstandig uitvoering aan delen van het behandelplan.
- Is verantwoordelijk voor het eigen handelen op het betreffende deel van het behandelplan.
- Voorziet de indicierend of coördinerend regiebehandelaar regelmatig en op tijd van relevante informatie, zodat deze zijn verantwoordelijkheden kan waarmaken.
- Volgt aanwijzingen van de indicierend of coördinerend regiebehandelaar op voor zover deze verenigbaar zijn met zijn eigen deskundige oordeel en meldt expliciet bij de indicierend of coördinerend regiebehandelaar als hij geen gevolg geeft aan diens aanwijzingen.
- Sluit zijn deel van de behandeling en begeleiding af en maakt hiervan een aantekening in het dossier, en stelt ook de coördinerend regiebehandelaar in kennis van de inhoud en resultaten daarvan.

Als sprake is van een verschil van mening of inzicht met de indicierend of coördinerend regiebehandelaar over de te volgen behandeling en begeleiding van een patiënt/cliënt, kan de medebehandelaar een beroep doen op de door de zorgaanbieder opgestelde escalatieprocedure. Waar dit verschil van inzicht onvrijwillige of verplichte zorg betreft, wordt opgeschaald naar de Wzd-functionaris of de geneesheer-directeur.

2.11 Familie en naasten

Familie en andere naasten in het systeem van de patiënt/cliënt zijn vaak een belangrijke factor in het leven en dus ook in de behandeling en begeleiding. Daarom is ondersteuning van en samenwerking met familie en naasten belangrijk. De generieke module Samenwerkingen ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek biedt hiervoor het kader van waaruit gewerkt wordt, inclusief expliciete toestemming van de patiënt/cliënt.

2.12 Vormgeven gepast gebruik

Dit Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ geeft zorgaanbieders handvatten voor het gepast gebruik van zorg. Gepast gebruik impliceert het juiste zorgaanbod door de juiste zorgverlener in de juiste setting voor de individuele patiënt/cliënt. Uitgangspunt van doelmatigheid daarbij is dat de behandeling en begeleiding in principe worden verzorgd door de zorgverlener die het aanbod effectief kan vormgeven, en zo dicht mogelijk bij de leefomgeving van de patiënt/cliënt. Een tweede principe is dat van *matched care*. Dit wil zeggen dat de patiënt/cliënt de behandeling en begeleiding krijgt van het niveau dat volgens professionele inzichten effectief wordt geacht bij de problematiek (dus niet van een te laag of te hoog niveau). Zo kan over- en onderbehandeling worden tegengegaan. Kwaliteitsstandaarden vormen hiervoor het uitgangspunt. Een kwaliteitsstatuut geeft aan hoe regiebehandelaarschap wordt ingevuld op basis van de problematiek en het zorgaanbod. Kwaliteitsstandaarden geven aan welke zorg is aangewezen in het kader van een specifieke zorgvraag. Om over- en onderbehandeling te voorkomen moeten goede, passende diagnostiek en (door) verwijzing eenvoudig beschikbaar zijn in de hele keten. Daarnaast zijn gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt/cliënt en gepersonaliseerde behandeling nodig.

De zorgaanbieder zorgt daarom, naast de zaken die elders in dit Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ zijn genoemd, dat de volgende zaken in zijn vrijgevestigde praktijk/instelling geregeld zijn:

- zorgverleners zijn bevoegd en bekwaam, handelen volgens zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen en houden hun deskundigheden op peil;
- er wordt gewerkt op basis van principes van *matched care* (i.p.v. *stepped care*);
- de effectiviteit van de behandeling en begeleiding wordt regelmatig geëvalueerd, de frequentie hiervan is stoornis- en patiënt/cliëntafhankelijk en wordt beschreven in de zorgstandaarden;
- behandelingen worden afgesloten als er onvoldoende gezondheidswinst wordt behaald. Dat kan worden geconstateerd door:
 - het hanteren van criteria voor beëindiging van de behandeling, als deze zijn opgenomen in zorgstandaarden;
 - intervisie en peer reviews.

2.13 Verantwoording, toetsing en controle Kwaliteitsstatuut

Voor alle zorgaanbieders gelden eisen op het gebied van kwaliteit, verantwoording, toetsing en controle. Dit algemene deel van het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* voegt hieraan een aantal normen toe. In de volgende delen van het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* zijn specifieke normen beschreven voor de behandelsettings van vrijgevestigde praktijken (sectie II) en voor GGZ-instellingen (sectie III).

Een zorgaanbieder valt onder sectie II als deze voldoet aan de onderstaande kenmerken:

1. De patiënt / cliënt kiest zelf zijn indicierend en coördinerend regiebehandelaar.
2. De indicierend of coördinerend regiebehandelaar is persoonlijk zorginhoudelijk verantwoordelijk, levert de zorg zelfstandig, tenzij er sprake is van waarneming. Iemand die in opleiding is werkt onder supervisie en (mede)verantwoordelijkheid van een (regie)behandelaar en wordt niet als medebehandelaar beschouwd.
3. De in de vrijgevestigde praktijk in de Wet BIG geregistreerde indicierend of coördinerend regiebehandelaren beschikken ieder over een op naam en persoonlijke AGB-code geregistreerd kwaliteitsstatuut.
4. De vrijgevestigde praktijk is zelfstandig en niet verbonden aan een instelling; er is geen sprake van juridische of financiële afhankelijkheid van een andere rechtspersoon.
5. De bepaling van een vrijgevestigde praktijk of instelling gebeurt aan de hand van de AGB-code van de praktijk (zie bijlage AGB-classificatiecode).

Door ondertekening van het eigen kwaliteitsstatuut verklaart de zorgaanbieder de in dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* opgenomen normen in acht te nemen. Als de zorgaanbieder specifieke aanvullingen wil toevoegen aan zijn kwaliteitsstatuut, kan deze dat doen.

Als de zorgaanbieder een patiënten / cliëntenraad en een familiaaraad heeft, wordt het kwaliteitsstatuut afgestemd en geëvalueerd met deze raden. De zorgaanbieder evalueert en actualiseert jaarlijks zijn kwaliteitsstatuut.

2.14 Doorontwikkeling Kwaliteitsstatuut en evaluatie

Dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* is een levend document. Het zal periodiek worden geëvalueerd en bijgesteld conform het vastgelegde onderhoudsplan (zie 2.15 opdracht 4). Bij de evaluatie zal de werking van het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* worden beoordeeld aan de hand van de algemene uitgangspunten.

2.15 Opdrachten en aanbevelingen Kwaliteitsraad

Het Zorginstituut heeft op basis van zijn wettelijke doorzettingsmacht de regie over de ontwikkeling van het regiebehandelaarschap in de GGZ overgenomen. De Kwaliteitsraad heeft een nieuwe omschrijving van het regiebehandelaarschap opgesteld en deze verwerkt in dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ*. De opdracht van de Kwaliteitsraad eindigt hiermee. De verantwoordelijkheid voor de implementatie en het gebruik van deze veldnorm ligt bij de zorgverleners en zorgaanbieders. De Kwaliteitsraad geeft een aantal opdrachten en aanbevelingen mee voor de volgende stappen.

Opdrachten

1. Zorgverleners en hun organisatie zorgen ervoor dat het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* per 1 januari 2022 is geïmplementeerd. Hiervoor is het noodzakelijk dat de (invul)formats Kwaliteitsstatuut Vrijgevestigde en Kwaliteitsstatuut GGZ-instelling op korte termijn technisch worden aangepast.
2. Iedere indicierend of coördinerend regiebehandelaar is onderdeel van een multidisciplinair lerend netwerk, zoals beschreven in dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* (paragraaf 2.9). De zorgverleners in dit lerende netwerk komen minstens twee keer per jaar bijeen voor onderlinge reflectie op de kwaliteit van indiceren en coördineren van zorg. Deelname aan het lerende netwerk dient aantoonbaar te zijn in het eigen kwaliteitsstatuut (geïmplementeerd voor 1 januari 2022).
3. De relevante partijen dragen zorg dat waar nodig de overige kwaliteitsinstrumenten in de GGZ (inclusief samenwerkingsafspraken met verwijzers) worden aangepast aan dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* (gereed per 1 januari 2022).

4. De relevante partijen (conform aanbeveling Stuurgroep hieronder) maken afspraken over het eigenaarschap en onderhoud van het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* (gereed per 1 januari 2022).
5. Derelevante partijen stellen een patiënten/ cliëntenversie op van dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* (gereed per 1 januari 2022).

Aanbevelingen

1. De Kwaliteitsraad adviseert de relevante partijen uit de geestelijke gezondheidszorg²⁰ het initiatief te nemen om een Stuurgroep GGZ te vormen, die bestaat uit alle relevante partijen in de GGZ. De Stuurgroep is verantwoordelijk voor het uitwerken van de opdrachten en aanbevelingen in dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ*.
2. De Kwaliteitsraad adviseert de relevante partijen een handreiking te maken, die beschrijft hoe indicierend en coördinerend regiebehandelaren samen reflecteren in een multidisciplinair lerend netwerk op hun werk als regiebehandelaar.
3. De Kwaliteitsraad adviseert de relevante partijen afspraken te maken over de (door)ontwikkeling van kwaliteitsvisitaties door de betrokken beroepsorganisaties, zodat het mogelijk is om iedere GGZ-aanbieder elke vijf jaar te kunnen visiteren.
4. De Kwaliteitsraad adviseert de relevante partijen zorg te dragen voor het monitoren (en waar mogelijk ondersteunen) van de implementatie van dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* in de praktijk.
5. De Kwaliteitsraad adviseert de relevante partijen een overkoepelend Kwaliteitskader GGZ op te stellen, waarvoor elementen uit dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* de basis kunnen zijn. Dit Kwaliteitskader legt vast hoe partijen in de GGZ samen op lerende wijze goede zorg vormgeven vanuit het perspectief van patiënten/ cliënten. De eerste stap daarin is het schrijven van een plan van aanpak.
6. De Kwaliteitsraad adviseert de opstellers van de generieke module Verwijzing, triage en diagnostiek kennis te nemen van de inhoud van het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* en de essentie daarvan mee te nemen in hun werk.
7. De Kwaliteitsraad adviseert de vertegenwoordigers in het programma 'Zorgprestatie model'²¹ bij het opstellen van het zorgprestatie model rekening te houden met wat in het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* is vastgelegd over indicierend en coördinerend regiebehandelaren.
8. De Kwaliteitsraad adviseert de relevante partijen een handreiking te maken voor het voeren van de goede verantwoordingsgesprekken over het indiceren van behandeling en begeleiding in de GGZ. De Kwaliteitsraad adviseert om dit te doen in samenspraak met de werkgroep 'controle en verantwoording' van het zorgprestatie model. De grondbeginselen uit het advies Blijk van vertrouwen; over anders verantwoorden in de zorg van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) kunnen daarbij waardevol zijn als basis voor een goede verantwoordingspraktijk.

²⁰ De Nederlandse GGZ, LV POH-GGZ, LVVP, MEERGGZ, MIND, NAPA, NHG, NIP, NVKG, NVP, NVvP, P3NL, V&VN, VVGN en ZN.

²¹ In het programma 'Zorgprestatie model' werken vertegenwoordigers van de overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten samen. Het programma heeft een bestuurlijke commissie, een programmateam, acht werkgroepen en een programmamanagement.

3. Het zorgproces vanuit het perspectief van de patiënt/cliënt (patient journey)

Het Kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder ondersteunt de patiënt / cliënt bij het vinden van informatie, als hij zich tot een zorgverlener in de curatieve GGZ wendt, waaraan hij het vertrouwen moet kunnen ontlenuen in goede handen te zijn. Het gaat hierbij om de informatie die hij nodig heeft om te kunnen beoordelen of hij passende en goede zorg krijgt en of hij zelf hierin de regie kan houden of nemen.

Het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder fungeert daarmee voor de patiënt / cliënt als een gids om een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder en te participeren in de besluitvorming over het individuele zorgproces (patient journey).

De invulling van het individuele zorgproces verschilt, afhankelijk van de eerder beschreven complexiteit. In het proces van behandeling of begeleiding zijn meestal vijf fasen te onderscheiden (zie kader hieronder). Deze fasen kunnen in de tijd na elkaar plaatsvinden (lineair) bij bijvoorbeeld laagcomplexere problematiek, zich herhalen bij bijvoorbeeld hoogcomplexere problematiek waarbij na onvoldoende succesvolle of stagnerende behandeling herdiagnostiek wordt gedaan (circulair), of steeds weer afwisselen zoals bij langdurige hoogcomplexere problematiek waarbij zorgverlening in den brede op de voorgrond staat (lemniscaat).²²

Fasen patient journey

1. Voortraject bij verwijzer

De patiënt / cliënt wendt zich tot GGZ op grond van vigerende wet- en regelgeving en op grond van een verwijzing. Het is de verantwoordelijkheid van de verwijzer dat de patiënt / cliënt een verwijzing heeft die voldoet aan de daarvoor opgestelde veldnormen.

Op de website van de zorgaanbieder is de actuele wachttijd voor intake en voor behandeling gepubliceerd conform de vigerende beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Als intake of behandeling niet binnen de gestelde treeknormen kan aanvangen, stelt de aanbieder de patiënt / cliënt hiervan op de hoogte en kan de patiënt / cliënt zich wenden tot de zorgbemiddeling van de eigen zorgverzekeraar / financier. Tot het moment dat de intake bij de indicierend regiebehandelaar heeft plaatsgevonden is de verwijzer de eerstverantwoordelijke voor de patiënt / cliënt. De zorgaanbieder neemt de verantwoordelijkheid voor de patiënt / cliënt over na de intake.

2. Aanmelding en intake/probleemanalyse

De intake / probleemanalyse is een kennismaking tussen zorgaanbieder en patiënt / cliënt. Daarin wordt door patiënt / cliënt onder andere nagegaan of er voldoende vertrouwen is in de zorgaanbieder voor een goede samenwerking. De indicierend regiebehandelaar en de patiënt / cliënt gaan samen na welke problematiek aanwezig is, of er een effectief en doelmatig aanbod kan worden geformuleerd dat aansluit op de zorgbehoefte, doelen, wensen en mogelijkheden van de patiënt / cliënt.

Als de zorgaanbieder geen passend aanbod heeft dat aansluit bij de zorgvraag van de patiënt / cliënt, verwijst hij de patiënt / cliënt door naar een andere zorgaanbieder met een beter passend zorgaanbod (bijvoorbeeld een ander echelon of een behandelaar met een andere specifieke deskundigheid). Als de zorgaanbieder geen passende doorverwijzing kan doen, of als de patiënt / cliënt niet in aanmerking komt voor behandeling en begeleiding in de GGZ verwijst de indicierend regiebehandelaar de patiënt / cliënt terug naar de huisarts / verwijzer met een advies voor een passend vervolg.

Bij de intake / probleemanalyse legt de indicierend regiebehandelaar vast wie verantwoordelijk is voor de patiënt / cliënt en wie als centraal aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en aanvang

²² De termen lineair, circulair en lemniscaat zijn afkomstig uit de verpleeghuissector (www.verpleegthuiszorg.nl).

van de behandeling en begeleiding. De zorgaanbieder informeert de patiënt/ cliënt over deze afspraken. Ook bespreken indicierend regiebehandelaar en patiënt/ cliënt hoe te handelen, als in deze periode de toestand van patiënt/ cliënt verergert.

3. Indicatiestelling

De indicierend regiebehandelaar is tijdens de indicatiestelling verantwoordelijk voor het (doen) vaststellen van de diagnose, waarbij de patiënt/ cliënt via direct contact is (mede) beoordeeld door de indicierend regiebehandelaar.

Het is mogelijk dat delen van het diagnostische proces door anderen dan de indicierend regiebehandelaar worden verricht. Dit gebeurt dan op verzoek van en onder verantwoordelijkheid van de indicierend regiebehandelaar, in samenspraak met de patiënt/ cliënt. De patiënt/ cliënt heeft te allen tijde de mogelijkheid een andere zorgverlener te consulteren, als hij dit wenst of als er een wettelijke basis voor is.

De patiënt/ cliënt wordt op een voor hem begrijpelijke wijze op de hoogte gesteld van de diagnose en wat het betekent om die diagnose te hebben. Hij krijgt een heldere omschrijving van de relevante opties voor behandeling en begeleiding, het doel, de kans op succes en de mogelijke risico's en neveneffecten (zoals pijn, hinder of sociale gevolgen) mede aan de hand van eventueel eerdere ervaringen van de patiënt/ cliënt. De patiënt/ cliënt krijgt ook de kans om over de diagnose en het zorgaanbod na te denken en er in een vervolcontact op te reageren.

Aan het eind van deze fase bereiken de indicierend regiebehandelaar en de patiënt/ cliënt overeenstemming over de diagnose, de keuze van behandeling en begeleiding, en de zorgverlener(s) van voorkeur om die behandeling en begeleiding uit te voeren. De indicierend regiebehandelaar is verantwoordelijk voor een juiste overdracht naar de coördinerend regiebehandelaar.

Mocht de patiënt/ cliënt niet direct na indicatiestelling in behandeling worden genomen, dan is de indicierend regiebehandelaar de eerstverantwoordelijke voor de zorg van de patiënt/ cliënt in de periode tot de start van de behandeling en begeleiding.

De indicierend regiebehandelaar stelt in overeenstemming met de professionele standaard samen met de patiënt/ cliënt een behandelplan op. Het behandelplan bevat in ieder geval (zie voor een volledige opsomming paragraaf 2.6.2):

- de doelen van de behandeling en begeleiding voor een bepaalde (te evalueren) periode, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de patiënt/ cliënt;
- de wijze waarop de zorgverlener(s) en de patiënt/ cliënt de gestelde doelen trachten te bereiken;
- wie voor de verschillende onderdelen van de behandeling en begeleiding verantwoordelijk is en op welke wijze afstemming plaatsvindt tussen meerdere zorgverleners, en wie de patiënt/ cliënt op die afstemming kan aanspreken (de coördinerend regiebehandelaar).

De indicierend regiebehandelaar stelt het behandelplan vast, nadat toestemming van de patiënt/ cliënt is verkregen op basis van het voorgestelde behandelplan. De indicierend regiebehandelaar stuurt een afschrift van het behandelplan als terugrapportagebrief naar de huisarts (of andere verwijzer), nadat de patiënt/ cliënt hierover geïnformeerd is en hiervoor toestemming heeft gegeven.

4. Behandeling en begeleiding

Na het vaststellen van het behandelplan volgt het uitvoeren van de daadwerkelijke behandeling en begeleiding. De coördinerend regiebehandelaar is voor de patiënt/ cliënt het centrale aanspreekpunt. Als er verschillende zorgaanbieders gelijktijdig bij de behandeling en begeleiding van de patiënt/ cliënt betrokken zijn, is samenwerking van belang. De coördinerend regiebehandelaar is goed op de hoogte van de zorg die andere zorgverleners in de gezondheidszorg en het sociale domein bieden. Dit vereist instemming van de patiënt/ cliënt. Afspraken hierover zijn opgenomen in het behandelplan.

Het behandelplan blijft gedurende de behandeling ter beschikking van de patiënt/cliënt. Deze heeft te allen tijde, zowel tijdens als na de behandeling en begeleiding recht op inzage, verstrekking van een kopie en vernietiging van het behandelplan.²³

In het behandelplan of in algemene voorwaarden/afspraken is opgenomen op welke manier te handelen bij een crisis en op welke manier voor waarneming tijdens afwezigheid van de coördinerend regiebehandelaar wordt zorggedragen.

De coördinerend regiebehandelaar reflecteert op basis van gelijkwaardigheid periodiek en tijdig met de patiënt/cliënt, eventueel zijn naasten en medebehandelaren op de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling en begeleiding. In het behandelplan is opgenomen welke periode hiervoor wordt gehanteerd. Hierbij zijn de uitgangspunten van gepast gebruik en termijnen zoals genoemd in de zorgstandaarden van toepassing.

De keuze om op- of af te schalen in de behandeling en begeleiding is een vast onderdeel van de periodieke reflectie op behandeling en begeleiding tussen patiënt/cliënt en coördinerend regiebehandelaar. Als blijkt dat er onvoldoende toegevoegde waarde is van de behandeling en begeleiding, kan deze worden bijgesteld, overgedragen of beëindigd.

Als de behandeling en begeleiding worden bijgesteld, leidt dit tot een aangepast behandelplan dat met de patiënt/cliënt wordt afgestemd. Als tijdens de reflectiemomenten blijkt dat de aanpassingen dermate substantieel zijn en een nieuwe probleemanalyse, indicatiestelling en behandelplan nodig zijn, dan voert de indicierend regiebehandelaar dit uit en stelt een nieuw behandelplan op.

5. Afsluiting/nazorg

De coördinerend regiebehandelaar bespreekt met de patiënt/cliënt de resultaten van de behandeling en begeleiding en de mogelijke vervolgstappen. De verwijzer wordt hiervan in kennis gesteld met een afrondingsbrief, nadat de patiënt/cliënt hierover is geïnformeerd en hiervoor toestemming heeft gegeven. Als vervolgbehandeling nodig is, wordt hierover gericht advies gegeven aan de verwijzer. De inrichting van de vervolgbehandeling gaat volgens hetzelfde proces. De vervolgbehandelaar wordt, waar relevant, in kennis gesteld van het verloop van de behandeling en begeleiding en de behaalde resultaten voorzien van het vervolgadvis. Een afschrift van de afrondingsbrief volstaat hierin. Eventueel worden ook de naasten van de patiënt/cliënt geïnformeerd als de zorg wordt afgesloten. Bij al deze stappen is voor het delen van informatie aan naasten, verwijzers en andere zorgaanbieders gerichte toestemming van de patiënt/cliënt nodig.

²³ Behoudens de wettelijke uitzonderingen op deze rechten.

4. Sectie II: Vrijgevestigden

4.1 Inleiding

In de GGZ zijn naast geïntegreerde GGZ-instellingen veel zorgverleners werkzaam in een vrijgevestigde praktijk. Op hen is deze sectie van toepassing. In paragraaf 2.13 van sectie I is beschreven welke criteria hiervoor gelden.

Hetgeen hier beschreven staat, moet worden gezien als een aanvulling op sectie I van dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ*. Op een aantal items is de situatie bij vrijgevestigde praktijken nader uitgewerkt.

In het kwaliteitsstatuut geeft u aan

- Wat uw professionele achtergrond is, voor welke problematiek patiënten/ cliënten bij uw praktijk terecht kunnen en hoe u de kwaliteit van de behandeling en begeleiding waarborgt.
- Hoe u het indicierend en coördinerend regiebehandelaarschap heeft ingevuld voor de verschillende categorieën van complexiteit van situaties.

Binnen de doelen zoals geformuleerd in het algemene deel van het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ*, is het kwaliteitsstatuut bij de vrijgevestigde praktijk met name gericht op het transparant maken van de kwaliteit van het individuele professionele handelen en de inbedding van de vrijgevestigde praktijk in een breder professioneel netwerk.

4.2 Relatie cliënt/patiënt en vrijgevestigde

In een vrijgevestigde praktijk heeft de patiënt/ cliënt vaak met één behandelaar te maken in alle fasen van het zorgproces. Deze is in dat geval ook automatisch de indicierend en coördinerend regiebehandelaar. De behandelaar is direct verantwoordelijk voor de relatie met de patiënt/ cliënt en de reflectie op de kwaliteit van die relatie. Als behandeling en begeleiding anders loopt dan in het behandelplan vastgelegd, vraagt reflectie extra aandacht. Overleg met een collega is dan noodzakelijk (zie sectie I).

In het kwaliteitsstatuut geeft u aan

- Hoe de relatie patiënt/ cliënt-behandelaar in uw praktijk gemonitord wordt.

4.3 Samenwerking vraagt goede afspraken

Het uitgangspunt is dat de patiënt/ cliënt de zorgverlener en de behandeling en begeleiding krijgt die past bij zijn zorgvraag. De indicierend of coördinerend regiebehandelaar zal in alle fasen van het zorgproces de behandelingen begeleiding grotendeels zelf uitvoeren. Inzet van een medebehandelaar is gedurende al deze fasen mogelijk op voorwaarde dat de medebehandelaar bevoegd en bekwaam is en over specifieke deskundigheid beschikt, en deze mogelijkheid wordt benoemd in het eigen kwaliteitsstatuut van de indicierend of coördinerend regiebehandelaar.

De coördinerend regiebehandelaar is voor patiënt/ cliënt beschikbaar en bereikbaar (zie voorwaarden sectie I). In het behandelplan en in algemene voorwaarden/ afspraken van uw praktijk wordt opgenomen op welke manier te handelen bij een crisis en op welke manier voorwaarneming tijdens ziekte en vakantie van de indicierend of coördinerend regiebehandelaar wordt zorggedragen.

In het kwaliteitsstatuut geeft u aan

- Welke medebehandelaren u op onderdelen in het zorgproces inzet en welke specifieke deskundigheden deze medebehandelaren hebben.
- Hoe noodzakelijke multidisciplinaire samenwerking is georganiseerd in het netwerk als zorg wordt geleverd in categorie C, hoe men in dit netwerk samenwerkt en welke expertise betrokken is.
- Waar de patiënt/cliënt terecht kan gedurende avond/nacht/weekend/crises en welke afspraken u heeft met HAP, SEH, en GGZ-crisisdienst.
- Waar de patiënt/cliënt terecht kan tijdens uw afwezigheid bij vakantie en ziekte.
- dat u een draaiboek hebt voor het geval de praktijk plotseling sluit wegens overlijden of andere calamiteiten.
- In welke situaties u gebruikmaakt van de expertise in uw netwerk/wie u onder welke omstandigheden consulteert en met wie u casuïstiek bespreekt in geval de behandeling en begeleiding niet volgens verwachting verlopen.
- Hoe u uw deelname aan een lerend netwerk hebt ingevuld en welke zorgverleners in dit netwerk betrokken zijn.

4.4 Aanbod van zorg aan de patiënt/cliënt

In het kwaliteitsstatuut geeft u aan

- Welke kwaliteitseisen u voldoet voortvloeiend uit uw beroepsregistratie, specialisme of beroepsvereniging.

Voortraject bij verwijzer/huisarts

De patiënt/cliënt wendt zich conform wet- en regelgeving op grond van een verwijzing tot de zorgaanbieder in de GGZ. Het is de verantwoordelijkheid van de verwijzer dat de patiënt/cliënt een verwijzing heeft die voldoet aan de daarvoor opgestelde veldnormen.²⁴

Tot het moment dat de intake bij de indicerend regiebehandelaar heeft plaatsgevonden is de verwijzer de eerstverantwoordelijke zorgverlener voor de patiënt/cliënt conform de WGBO.

In het kwaliteitsstatuut geeft u aan

- Waar de patiënt/cliënt informatie over uw wachttijden kan vinden. U verstrekt deze informatie conform de vigerende beleidsregel van de NZa.

²⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/besluiten/2017/03/16/besluit-verwijzingen-ggz>

Aanmelding en intake/probleemanalyse

Voor de vrijgevestigde praktijk geldt dat de gene die de intake doet meestal ook de indicierend of coördinerend regiebehandelaar zal zijn gedurende het verdere verloop van de behandeling en begeleiding.

In het kwaliteitsstatuut geeft u aan

- Hoe uw praktijk met de privacy van de patiënt/ cliënt omgaat met het delen van uw gegevens met andere zorgverleners, met situaties waarin het beroepsgeheim mogelijk doorbroken kan worden (bijvoorbeeld conflict van plichten, bij vermoeden van kindermishandeling of huiselijk geweld, materiële controle).
- Welke instrumenten/ methoden uw praktijk gebruikt om de voortgang van de behandeling en begeleiding te monitoren.
- Hoe uw praktijk de tevredenheid van patiënten/ cliënten meet.
- Welke tarieven uw praktijk hanteert.
- Hoe uw praktijk omgaat met niet nagekomen afspraken (no show).
- Hoe de vergoeding van de behandeling en begeleiding plaatsvindt.
- Met welke zorgverzekeraars uw praktijk een contract heeft en wat dit betekent voor eventuele wachttijden en vergoeding van de behandeling en begeleiding.
- Waar de patiënt/ cliënt terecht kan met klachten over de behandeling of behandelaar.

Indicatiestelling

In de vrijgevestigde praktijk wordt de diagnostiek meestal uitgevoerd door de behandelend zorgverlener zelf, in de rol van indicierend regiebehandelaar. Het is mogelijk dat delen van het diagnostische proces door anderen dan de indicierend regiebehandelaar worden verricht. Dit gebeurt altijd transparant, expliciet verantwoord en conform regelgeving door hiervoor gekwalificeerde zorgverleners.

Als tijdens de probleemanalyse blijkt dat er dominante problematiek bij de patiënt/ cliënt aanwezig is die niet past bij het deskundigheidsgebied van de indicierend regiebehandelaar, verwijst deze de patiënt/ cliënt door naar een andere indicierend regiebehandelaar.

In het kwaliteitsstatuut geeft u aan

- Welke zorgverleners verbonden zijn aan uw praktijk, welke rol zij hebben in het diagnostische proces en welke zorgverleners u mogelijk consulteert in het kader van de diagnostiek.

Behandeling en begeleiding

In de vrijgevestigde praktijk voert de indicierend of coördinerend regiebehandelaar de behandeling en begeleiding veelal zelf uit.

Als er verschillende zorgverleners gelijktijdig bij de behandeling van de patiënt/ cliënt betrokken zijn is coördinatie in afstemming met de patiënt/ cliënt van groot belang. Afspraken hierover worden opgenomen in het behandelplan. Daarin wordt ook expliciet vastgelegd wie de coördinerend regiebehandelaar is. De coördinerend regiebehandelaar spant zich in voor het tot stand komen en onderhouden van die afstemming of samenwerking.

Afsluiting/nazorg

De coördinerend regiebehandelaar reflecteert met regelmaat op de voortgang van de behandelingen en begeleiding in relatie tot het behandeldoel. Hij stuurt daarbij op gepast gebruik van zorg. In afstemming met de patiënt/ cliënt worden de behandeling en begeleiding op een passend moment door de coördinerend regiebehandelaar afgesloten. Als vervolgbehandeling nodig is, wordt hierover gericht advies gegeven aan de verwijzer. Dit uiteraard met toestemming van de patiënt/ cliënt.

In het kwaliteitsstatuut geeft u aan

- Hoe uw praktijk ten algemene vormgeeft aan de reflectie en afronding van de behandelingen begeleiding en nazorg aan uw patiënten/ cliënten. Maak transparant voor de patiënt/ cliënt welke informatie u in dit kader deelt. Zorg dat de instemming van de patiënt/ cliënt gewaarborgd wordt.

Bij het openbaar maken van het kwaliteitsstatuut voegt de vrijgevestigde praktijk de volgende bijlagen toe:

- bewijsvoering van de basis-kwaliteitseisen, te weten deelname intervisie/ kwaliteitsvisitatie conform de regels van de beroepsgroep of een verwijzing naar de eisen van herregistratie voor het specialisme (psychiaters);
- een beschrijving van het professionele netwerk waarin de vrijgevestigde praktijk acteert;
- klachtenregeling of verwijzing naar een door de beroepsgroep vastgestelde klachtenregeling;
- waar van toepassing een bewijs van lidmaatschap van de beroepsvereniging.

5. Sectie III: GGZ-instellingen

5.1 Inleiding

In dit deel van het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* wordt specifiek ingegaan op de situatie van zorg die binnen GGZ-instellingen wordt geleverd. Het is een aanvulling op hetgeen in sectie I van het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* is beschreven.

5.2 Organisatie van de zorg

De GGZ-instelling is verantwoordelijk voor de organisatie van de zorgverlening en de monitoring daarvan op zodanige wijze dat sprake is van een veilige zorgomgeving in de GGZ.

Over de totale organisatie van de zorg beschrijft de GGZ-instelling in haar kwaliteitsstatuut

- Hoe de instelling mogelijk maakt en erop toeziet dat zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn, handelen volgens zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen en hun deskundigheden op peil houden.
- Hoe de instelling het indicierend en coördinerend regiebehandelaarschap heeft ingevuld voor de verschillende categorieën van complexiteit van situaties.
- De procedure die de instelling hanteert voor het op- en afschalen van de behandeling en begeleiding naar een volgend respectievelijk voorliggend echelon.
- Met welke andere zorgaanbieders de instelling reguliere samenwerkingsafspraken heeft en met welk doel.
- Hoe het overleg en de informatie-uitwisselingen-overdracht tussen indicierend en coördinerend regiebehandelaar en andere betrokken zorgverleners is geregeld (o.a. frequentie, wijze van verslaglegging).
- Welke regeling van toepassing is als bij een zorgproces betrokken zorgverleners het onderling oneens zijn (escalatieprocedure).
- Hoe bewaakt wordt dat zorgverleners voldoen aan hun wettelijke dossierplicht.
- Hoe het dossiersysteem is ingericht zodanig dat de relevante en noodzakelijke gegevens toegankelijk zijn voor alle zorgverleners die rechtstreeks betrokken zijn bij de behandeling en begeleiding aan de patiënt/cliënt.
- Hoe de instelling wachttijden monitort en wachttijdinformatie voor patiënten/cliënten en anderen toegankelijk maakt.
- Hoe de instelling de tweejaarlijkse reflectie voor hun indicierend en coördinerend regiebehandelaren in een lerend netwerk mogelijk maakt binnen zijn organisatie. Voor kleine zorgaanbieders (groep 2) betekent dit dat de instelling ook aangeeft met welke andere zorgaanbieder verbinding is gelegd om dit lerend netwerk mogelijk te maken.

5.3 Zorgproces van individuele patiënten/cliënten

In het kwaliteitsstatuut geeft de zorgaanbieder invulling aan de volgende vragen die door de patiënt/cliënt kunnen worden gesteld.

Aanmelding en intake/probleemanalyse

Wat gebeurt er na mijn aanmelding? Met wie heb ik een intakegesprek? Hoe wordt dat bepaald? Wie is mijn aanspreekpunt? Heb ik daarin een keuze? Hoe weet ik of deze zorgverlener voldoende deskundig is? Hoe kan ik ervan uitgaan dat deze zorgverlener als het nodig is anderen inschakelt of mij daarnaar verwijst? Heb ik daarin een keuze?

Indicatiestelling

Wie stelt de diagnose? Is dat ook automatisch degene die mijn verdere aanspreekpunt is en verantwoordelijk voor de behandeling en begeleiding? Heb ik daarin keuze? Hoe weet ik of deze zorgverlener voldoende deskundig is? En als hij mij naar een andere aanbieder verwijst voor verdere behandeling en begeleiding, heb ik daarin dan een keuze?

Behandeling en begeleiding

Wie stelt het behandelplan op? Welke stem heb ik daarin? Hoe weet ik dat hij deskundig is? Hoe gaat hij bijvoorbeeld om met het gegeven dat ik meerdere problemen heb? Wie is mijn aanspreekpunt tijdens de behandeling en begeleiding? Welke inspraak heb ik hierbij? Wanneer kan ik een beroep op diegene doen? Hoe is geregeld dat alle activiteiten die in het kader van de behandeling en begeleiding moeten plaatsvinden op het juiste moment, door de juiste zorgverlener op de juiste plaats worden uitgevoerd? Wie kan ik aanspreken? Wat als ook andere zorg nodig is dan hij kan bieden? Hoe is medicatie geregeld? Wat als ik van mening verander over mijn behandeling of behandelaar? Wie houdt bij of de behandeling en begeleiding het gewenste effect sorteert? Waar kan ik terecht als ik een klacht heb over mijn behandeling/ behandelaar?

Afsluiting/nazorg

Word ik betrokken bij het besluit dat de behandeling en begeleiding afgesloten kunnen worden? Hoe wordt dat besluit genomen? Hoe wordt eventuele nazorg geregeld?

Daarbij beschrijft de GGZ-instelling

- Hoe de behandeling en begeleiding aan andere zorgaanbieders of zorgverleners wordt overgedragen;
- Welke informatie over patiënt/ cliënt naar de verwijzer en andere zorgverleners gaat, rekening houdend met wet- en regelgeving over privacy en (medisch) beroepsgeheim;
- Hoe patiënten/ cliënten of hun naasten kunnen handelen als na afsluiting van de behandeling sprake is van crisis of terugval.

Bij het openbaar maken van het kwaliteitsstatuut voegt de GGZ-instelling de volgende bijlagen toe:

- een afschrift/kopie van het binnen de instelling geldende kwaliteitscertificaat (HKZ/NIAZ/JCI of ander keurmerk);
- zijn algemene leveringsvoorwaarden;
- het binnen de instelling geldende professioneel statuut, waar de genoemde escalatie-procedure in is opgenomen.

Bijlage A Begrippenlijst

Audit	(Interne) audit is een onderzoek dat, met een systematische en gedisciplineerde aanpak, wordt uitgevoerd naar het goed en betrouwbaar functioneren van de interne organisatie door auditors die in dienst zijn van die organisatie.
Basisnorm	Een richtinggevende indicator waarnaar een zorgverlener of zorgaanbieder zich richt.
Behandelplan	Plan waarin een beschrijving en het doel van de behandeling en begeleiding en de algemene gegevens van een patiënt/ cliënt beschreven staat.
Bekwaamheid	De zorgverlener dient voldoende kennis en ervaring te hebben met door hem uit te voeren handelingen om die naar behoren te verrichten.
Bevoegdheid	De zorgverlener dient zijn werkzaamheden uit te voeren overeenkomstig het in de Wet BIG geregelde over de bevoegdheid om bepaalde handelingen te verrichten.
Coördinerend regiebehandelaar	De zorgverlener die zorgdraagt voor de afstemmingen coördinatie van behandeling en begeleiding aan de patiënt/ cliënt en hiervoor richting de patiënt/ cliënt het aanspreekpunt is.
Comorbiditeit	Het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer aandoeningen of stoornissen bij één persoon.
Competentie	Het vermogen om een taak met de juiste kennis en vaardigheden te verrichten.
Curatieve GGZ	De op herstel gerichte geestelijke gezondheidszorg aan patiënten/ cliënten met psychische problematiek, die valt onder de Zorgverzekeringswet.
Doorzettingsmacht	Het Zorginstituut kan de regie over de ontwikkeling van een kwaliteitsinstrument tijdelijk van betrokken partijen overnemen bij het niet realiseren of halen van de in de Meerjarenagenda vastgelegde afspraken. Het Zorginstituut vraagt in dat geval aan de Adviescommissie Kwaliteit om de gevraagde kwaliteitsstandaarden of meetinstrumenten) te ontwikkelen.
Generieke module	Een generieke module beschrijft een generieke component in de zorg. Dezelfde module kan daardoor voor verschillende aandoeningen worden toegepast.
Gepast gebruik	De juiste inzet van hulp, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk, op alle momenten tijdens een behandeling.
Indicatiestelling	Op basis van de probleemanalyse wordt een bepaald gevolg gegeven aan een aandoening, ziekte of klacht van de patiënt/ cliënt. Er kan een indicatie zijn voor een geneesmiddel, behandeling, aanvullend onderzoek of verwijzing (bijvoorbeeld naar een (andere) specialist).
Indicerend regiebehandelaar	De zorgverlener die zorgdraagt voor de probleemanalyse, indicatiestelling, het vaststellen van de best passende behandeling en begeleiding, en de reflectie hierop.

Integrale zorg	Het geheel van activiteiten die tot doel hebben alle processen van een zorgaanbieder (in het geval van ketenzorg van meerdere zorgaanbieders) die van invloed zijn op de kwaliteit van de zorg, zodanig te sturen en te borgen dat de zorg de kwaliteit heeft die men met elkaar nastreeft.
Intervisie	Een georganiseerd gesprek tussen beroepsbeoefenaren op hetzelfde vakgebied met het doel om de deskundigheid te vergroten en de kwaliteit van het handelen te verbeteren.
Kwaliteitsinstrument	<p>Kwaliteitsstandaard of meetinstrument.</p> <p>Een kwaliteitsstandaard is een richtlijn, module, norm, zorgstandaard of organisatiebeschrijving, die:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. betrekking heeft op het hele zorgproces of een deel van een zorgproces; 2. vastlegt wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de patiënt / cliënt goede zorg te verlenen; en 3. overeenkomstig artikel 66b van de Zorgverzekeringswet in een openbaar register is opgenomen. <p>Een meetinstrument is een middel waarmee een indicatie kan worden verkregen van de kwaliteit van de geleverde zorg.</p>
Lerend netwerk	Een lerend netwerk is een vorm van collegiaal leren, waar gewerkt wordt in een vaste groep, tijdens meerdere bijeenkomsten rond een gezamenlijk thema of casuïstiek. In een lerend netwerk wordt doelbewust kennis en ervaringen uitgewisseld over een bepaald kennisgebied.
Medebehandelaar	Alle zorgverleners betrokken bij de behandeling van de patiënt / cliënt, in casus niet zijnde de indicierend of coördinerend regiebehandelaar.
Meerjarenagenda	De Meerjarenagenda zoals bedoeld in artikel 66c van de Zorgverzekeringswet. De Meerjarenagenda is een wettelijk erkende afsprakenlijst met een overzicht van kwaliteitsstandaarden (en meetinstrumenten) die met voorrang moeten worden ontwikkeld. Bij elk daarvan is afgesproken welke partijen samenwerken om wat wanneer bij het Register aan te melden.
Multidisciplinair	Zorgverleners vanuit verschillende disciplines (binnen verschillende gebieden), die samenwerken om gezamenlijk een behandeling en begeleiding te kunnen bieden aan de patiënt / cliënt.
Onvrijwillige zorg	Zorg waartegen de patiënt / cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet (Wzd).
Patiënt / cliënt	Een natuurlijk persoon die zorg vraagt of aan wie zorg wordt verleend.
Probleemanalyse	Het in kaart brengen van psychische, somatische of sociale problemen door het achterhalen en onderzoeken van belangrijke gegevens, en door het leggen van verbanden om de oorzaak te vinden.
Register	Openbaar Register zoals bedoeld in artikel 66b, eerste lid van de Zorgverzekeringswet, waarin kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten worden opgenomen die zijn getoetst en voldoen aan de criteria uit het Toetsingskader. Het Register biedt transparantie over de normen voor goede zorg en de normen voor het meten van goede zorg voor een specifiek zorgproces.

Richtlijn	Documenten bestaande uit een set van aanbevelingen, adviezen en handlingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van de professionals in de zorg en patiënten/ cliënten, evidence-based en gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig handelen.
Toestemming	Gerichte toestemming tot enig handelen die een patiënt/ cliënt of diens wettelijke vertegenwoordiger aan een zorgverlener geeft, nadat deze de aard, de bedoeling, de mogelijke consequenties en de reikwijdte van dat handelen expliciet duidelijk heeft gemaakt.
Toetsingskader	Op basis van het Toetsingskader wordt beoordeeld of een voor het Register voorgedragen kwaliteitsinstrument kan worden aangemerkt als een verantwoorde beschrijving van de kwaliteit van een zorgproces of als een verantwoord middel om te meten of goede zorg is geleverd.
Verplichte zorg	De zorg die binnen de kaders van de Wvvgz, ondanks verzet van de patiënt/ cliënt of zijn vertegenwoordiger, aan de patiënt/ cliënt kan worden verleend.
Visitatie	Een op kwaliteitsverbetering gerichte methode waarbij zorgverleners door middel van een intercollegiaal bezoek elkaars werkzaamheden kritisch toetsen.
Wet BIG	De Wet BIG geeft regels voor beroepen in de gezondheidszorg en beschermt patiënten/ cliënten tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen.
Wettelijk vertegenwoordiger	De door de rechter benoemde curator of mentor van de meerderjarige patiënt/ cliënt.
Zorgaanbieder	Een instelling dan wel een solistisch werkende zorgverlener.
Zorginstelling	Een rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent, een organisatorisch verband van natuurlijke personen die bedrijfsmatig zorg verlenen of doen verlenen, of een natuurlijk persoon die bedrijfsmatig zorg laat verlenen.
Zorgverlener	Een natuurlijk persoon die beroepsmatig zorg verleent.

Bijlage B Format Kwaliteitsstatuut Vrijgevestigde (inclusief checklist)

Dit format is een uitwerking van het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* om de zorgaanbieder te ondersteunen in het vormgeven van een eigen kwaliteitsstatuut. De checklist met toetsingscriteria is in dit document per vraag in **oranje** aangegeven. Als door de zorgaanbieder wordt voldaan aan de checklist voorwaarden, zal diens kwaliteitsstatuut goedgekeurd worden. De schuine tekst tussen haken *[tekst]* geeft aan waar de gebruiker gegevens in kan vullen in het format. Een **O** geeft aan dat de zorgaanbieder een of meerdere antwoorden kan aanvinken.

I. Algemene informatie

1. Gegevens ggz-aanbieder

- *[Naam praktijk]*
- *[Naam indicierend of coördinerend regiebehandelaar]*
- *[Praktijkadres(sen)]*
- *[Telefoonnummer(s)]*
- *[E-mail]*
- *[Inschrijving KvK]*
- *[Website]*
- *[BIG-registraties]*
- *[Eventuele overige kwalificaties]*
- *[Basisopleiding]*
- *[AGB-code praktijk]*
- *[AGB-code persoonlijk]*

Toets op aanwezigheid van:

- **Naam praktijk indicierend of coördinerend regiebehandelaar**
- **Praktijkadres**
- **Telefoonnummer**
- **E-mailadres**
- **Inschrijving KvK**
- **BIG-registraties**
- **AGB-code praktijk**
- **AGB-code persoonlijk**

2. Biedt zorg aan in:

Er is sprake van een overgangssituatie waarbij we zowel werken met een onderscheid in generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz als een indeling in categorieën. In de toekomst zal het eerste onderscheid komen te vervallen.

2.A Biedt zorg aan in:

- ☑ De generalistische basis-ggz
- ☑ De gespecialiseerde ggz

Toets op invullen minimaal één optie, meerdere antwoorden zijn mogelijk

2.B Biedt zorg aan in:

- Categorie A
- Categorie B
- Categorie C
- Categorie D

Toets op invullen minimaal één optie, meerdere antwoorden zijn mogelijk

3. Beschrijving aandachtsgebieden/zorgaanbod

Patiënten/ cliënten kunnen met de volgende problematiek in mijn praktijk terecht (zoals aandachtsgebieden, type klachten, behandelvorm)

3.A Beschrijf in maximaal 10 zinnen de algemene visie/ werkwijze van uw praktijk en hoe uw patiënten/ cliëntenpopulatie eruit ziet. Bijvoorbeeld: Op welke problematiek/ doelgroep richt uw praktijk zich, betreft u familie/ omgeving in de behandeling, past u eHealth (toepassingen) toe, etc.). *[Open tekstveld]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

3.B Patiënten/ cliënten met de volgende hoofddiagnose(s) kunnen in mijn praktijk terecht:

- Alle hoofddiagnoses
- Aandachtstekort- en gedrag
- Pervasief
- Overige kindertijd
- Delirium, dementie en overig
- Alcohol
- Overige aan een middel
- Schizofrenie
- Depressie
- Bipolair en overig
- Angst
- Restgroep diagnoses
 - Dissociatieve stoornissen
 - Genderidentiteitsstoornissen
 - Psychische stoornissen door een somatische aandoening
 - Seksuele problemen
 - Slaapstoornissen
- Persoonlijkheid
- Somatoforme stoornissen
- Eetstoornis

Toets op invullen minimaal één optie

4. Samenstelling van de praktijk

- Aan mijn praktijk zijn de volgende zorgverlenende medewerkers verbonden:

4.A De indicierend regiebehandelaar(s) is (zijn) (namen en BIG-registraties):
Per indicierend regiebehandelaar: naam *[open tekstveld]*, BIG-nummer *[9 cijfers]*

Toets op minimaal één ingevulde naam en BIG-registratie van indicierend regiebehandelaar

4.B De coördinerend regiebehandelaar(s) is (zijn) (namen en BIG-registraties):
Per coördinerend regiebehandelaar: naam *[open tekstveld]*, BIG-nummer *[9 cijfers]*

Toets op minimaal één ingevulde naam en BIG-registratie van coördinerend regiebehandelaar

4.C De medebehandelaar(s) is (zijn) (naam, functie, eventueel BIG-nummer, specifieke deskundigheid *[1 regel per medebehandelaar, open tekstveld]*)

Indien u de naam van een persoon opneemt, dient u toestemming van deze persoon te hebben voor het gebruik van zijn/haar persoonsgegevens (AVG).

Geen toets

5. Professioneel (multidisciplinair) netwerk

(doel van deze vraag is transparant maken met wie en hoe je samenwerkt)

- Ik maak gebruik van een professioneel (multidisciplinair) netwerk waaronder (aanvinken)
 - Huisartsenpraktijk(en)
 - Collegapsychologen en -psychotherapeuten
 - Verpleegkundig specialisten
 - GGZ-instellingen
 - Zorggroep(en)
 - Anders: *[open tekstveld]*

Indien u de naam van een persoon opneemt, dient u toestemming van deze persoon te hebben voor het gebruik van zijn/haar persoonsgegevens (AVG).

Geen toets

- Ik werk in mijn professioneel (multidisciplinair) netwerk het meest, frequent, samen met: *[Naam/namen en indien van toepassing BIG-registratie(s)]*

Indien u de naam van een persoon opneemt, dient u toestemming van deze persoon te hebben voor het gebruik van zijn/haar persoonsgegevens (AVG).

Geen toets

- Ik maak in de volgende situaties gebruik van dat professionele (multidisciplinaire) netwerk, tenzij de patiënt/cliënt daarvoor geen toestemming geeft. Toelichting: Hier wordt gedacht aan, op- en afschaling, samenwerking bij casuïstiek in categorie C, diagnose, consultatie, medicatie: *[open tekstveld]*

Geen toets

- Patiënten/cliënten kunnen gedurende avond/nacht/weekend/crises terecht bij (mijzelf, huisartsenpraktijk/post, spoedeisende eerste hulp, ggz-crisisdienst): (doel van deze vraag is het transparant maken hoe de praktijk het geregeld heeft): *[open tekstveld]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

- Heeft u specifieke afspraken met een ggz-crisisdienst, HAP of SEH?

- Ja, welke *[open tekstveld]*
- Nee, omdat *[open tekstveld]*

Geen toets

- Ik vorm een lerend netwerk met de volgende vier zelfstandig werkende zorgverleners of heb mij aangesloten bij het lerend netwerk van de volgende zorgaanbieder:

Toets op minimaal één ingevulde naam

- Het lerend netwerk geeft op deze manier invulling aan het samen leren en verbeteren:

Toets op aanwezigheid beschrijving

6. Contracten met zorgverzekeraars en de vergoeding van verzekerde zorg:

- Heeft u een contract met de zorgverzekeraar, zo ja welke?
 - Ja, ik heb een contract met de volgende zorgverzekeraars *[link naar website waar lijst met gecontracteerde verzekeraars vindbaar zijn]* of *[upload van bestand met lijst van gecontracteerde verzekeraars]*
 - Nee, ik heb geen contracten met zorgverzekeraars

Indien contract optie is aangevinkt: toets op werkende link of bijgevoegd bestand

7. Behandeltarieven

- Ik heb de tarieven die ik hanteer gepubliceerd op mijn website of in mijn praktijk.
- Ik heb het tarief voor zelfbetalers gepubliceerd op mijn website of in mijn praktijk.
- Ik hanteer voorwaarden en een tarief voor no-show: gepubliceerd op mijn website of in mijn praktijk.

Geen toets

of

- Ik hanteer geen voorwaarden voor no-show

De behandeltarieven en eventueel no-show voorwaarden en no-show tarief zijn hier te vinden:
[link naar website of upload van bestand]

Toets op een werkende link of bijgevoegd bestand

8. Kwaliteitswaarborg

- Ik voldoe aan de volgende kwaliteitseisen, voortvloeiend uit mijn beroepsregistratie, specialisme of branche/beroepsvereniging: (aanvinken wat van toepassing is)
 - ☑ Intervisie
 - ☑ Visitatie
 - ☑ Bij- en nascholing
 - ☑ Registratie-eisen van specifieke behandelvaardigheden
 - ☑ De beroepscode
 - ☑ Anders, namelijk
 - ☑ Link naar website over bewijsvoering van de basiskwaliteitseisen van mijn beroepsgroep: *[link naar website of upload van bestand]*

Toets op aanwezigheid van minimaal twee vinkjes en op een werkende link of bijgevoegd bestand

9. Klachten en geschillen regeling

- ☑ Mijn patiënten/cliënten kunnen met klachten en geschillen over mij of mijn behandeling terecht bij *[naam en contactgegevens van klachtenfunctionaris]* en de klachten- en geschillenregeling is hier te vinden: *[link naar website of upload van bestand]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

10. Regeling bij vakantie en calamiteiten

- ☑ Patiënten/cliënten kunnen tijdens mijn afwezigheid gedurende vakantie en ziekte terecht bij: *[vul hier naam en contactgegevens vervangend behandelaar in]*

Indien u de naam van een persoon opneemt, dient u toestemming van deze persoon te hebben voor het gebruik van zijn/haar persoonsgegevens (AVG)

Toets op ingevulde naam en contactgegevens

- ☑ Ik heb overdracht geregeld en vastgelegd in geval mijn praktijk plotseling sluit wegens overlijden of andere calamiteiten: *[ja/nee]*

Toets op antwoord ja

II. Het zorgproces - het traject dat de patiënt/cliënt in mijn praktijk doorloopt

11. Wachtijd voor intake en behandeling en begeleiding

- ☑ Patiënten/cliënten vinden informatie over wachttijden voor intake en behandeling en begeleiding via de *[link naar de website of upload van bestand]* en kunnen deze telefonisch opvragen.

Toets op een werkende link of bijgevoegd bestand

12. Aanmelding en intake/probleemanalyse

- ☑ De aanmeldprocedure is in mijn praktijk als volgt geregeld (zoals: wie ontvangt de telefonische aanmelding, wie doet de intake, hoe verloopt de communicatie met de patiënt/cliënt): *[open tekstveld]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

- ✎ Ik verwijs de patiënt/cliënt door naar een andere zorgaanbieder met een beter passend zorgaanbod of terug naar de verwijzer –indien mogelijk met een passend advies- indien mijn praktijk geen passend aanbod heeft op de zorgvraag van de patiënt/cliënt. *[ja/nee]*

Toets op antwoord ja

13. Behandeling en begeleiding

- De patiënt/cliënt is geïnformeerd over degene die het aanspreekpunt is tijdens de behandeling (naam en functie van de betreffende persoon zijn bekend bij de patiënt/cliënt): *[ja/nee]*

Toets op antwoord ja

- Bij langer durende behandeling en begeleiding (> 12 weken) stuurt de indicierend regiebehandelaar een afschrift of samenvatting van het behandelplan als brief naar de huisarts (of andere verwijzer), tenzij de patiënt/cliënt daarvoor geen toestemming geeft: *[ja/nee]*

Toets op antwoord ja

- ✎ Ik draag zorg voor goede communicatie met de patiënt/cliënt en –indien van toepassing en met toestemming van de patiënt/cliënt - diens naasten, over het beloop van de behandeling en begeleiding. Ik doe dat als volgt: *[open tekstveld]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

De voortgang van de behandeling en begeleiding wordt in mijn praktijk als volgt gemonitord (zoals voortgangsbespreking behandelplan, evaluatie, vragenlijsten, ROM): *[open tekstveld]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

- ✎ Ik reflecteer periodiek en tijdig met de patiënt/cliënt (en eventueel zijn naasten, medebehandelaren en indien nodig ook de indicierend regiebehandelaar) de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandelingen begeleiding. Als standaardperiode hanteer ik hiervoor: *[open tekstveld]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

- ✎ Ik meet de tevredenheid van mijn patiënten/cliënten op de volgende manier (wanneer, hoe): *[open tekstveld]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

14. Afsluiting/nazorg

- ✎ Ik bespreek met de patiënt/cliënt (en eventueel zijn naasten) de resultaten van de behandeling en begeleiding en de mogelijke vervolgstappen: *[ja/nee]*

Toets op antwoord ja

- ✎ De verwijzer wordt hiervan door de coördinerend regiebehandelaar in kennis gesteld middels een afrondingsbrief, tenzij de patiënt / cliënt hiertegen bezwaar maakt: *[ja/nee]*

Toets op antwoord ja

- ✎ Als een vervolgbehandeling nodig is, geef ik hierover gericht advies aan de verwijzer. Ik informeer de vervolgbehandelaar waar nodig over het verloop van de behandeling en begeleiding en de behaalde resultaten voorzien van het vervolgadvis, tenzij de patiënt / cliënt hier bezwaar tegen maakt: *[ja/nee]*

Toets op antwoord ja

III. Omgang met patiëntgegevens

- ✎ Ik vraag om toestemming van de patiënt / cliënt bij het delen van gegevens met niet bij de behandeling betrokken professionals: *[ja/nee]*

Toets op antwoord ja

- ✎ 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/nee]*

Toets op antwoord ja

- ✎ Ik gebruik de privacyverklaring als de patiënt / cliënt zijn diagnose niet kenbaar wil maken aan zijn zorgverzekeraar / NZa: *[ja/nee]*

Toets op antwoord ja

IV. Ondertekening

Ik verklaar dat ik me houd aan de wettelijke kaders van mijn beroepsuitoefening, handel conform het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* en dat ik dit Kwaliteitsstatuut naar waarheid heb ingevuld. *[aanvinkmogelijkheid]*

- *[Naam]:*
- *[Plaats]:*
- *[Datum]:*

Toets op vinkje, ingevulde naam, plaats en datum

Bijlage C AGB-classificatiecode

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz heeft betrekking op de curatieve geestelijke gezondheidszorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz is geen veldnorm voor andere delen van de (geestelijke) gezondheidszorg zoals de kinder- en jeugd-ggz binnen de Jeugdwet, de langdurige zorg en overige zorg.

Een zorgaanbieder wordt gezien als instelling (sectie III) wanneer:

- de zorgaanbieder declareert met één van onderstaande AGB-classificatiecodes,
- de zorgaanbieder beschikt over een Wtza-vergunning én
- bij de zorgaanbieder meer dan tien zorgverleners zorg (zoals omschreven in de Zorgverzekeringswet of Wet langdurige zorg) (doen) verlenen.

Andere zorgaanbieders worden gelijkgesteld met een vrijgevestigde praktijk.

Classificatiecode	Omschrijving
03	Medisch specialisten
06	Groep 06 Ziekenhuizen
06-29	Groep 06-29 Psychiatrisch Ziekenhuis
19	Audiologische Centra
22	Zelfstandige Behandelcentra Extramurale praktijken medisch specialisten
25	Inrichting voor Psychiatrische Deeltijdbehandeling
30	Instelling voor Verstandelijk Gehandicapten
35	Instelling voor Visueel Gehandicapten
45	Verpleeginrichtingen
47	Verpleeginrichtingen
54	GGZ-instellingen (PUK/PAAZ)
60	Instellingen voor Dagverpleging voor Ouderen
70	Kinderdagverblijven
72	RIBW
73	Wlz Gecombineerd
75	Thuiszorginstellingen
79	RIAGG
94	Psychologische zorgverleners

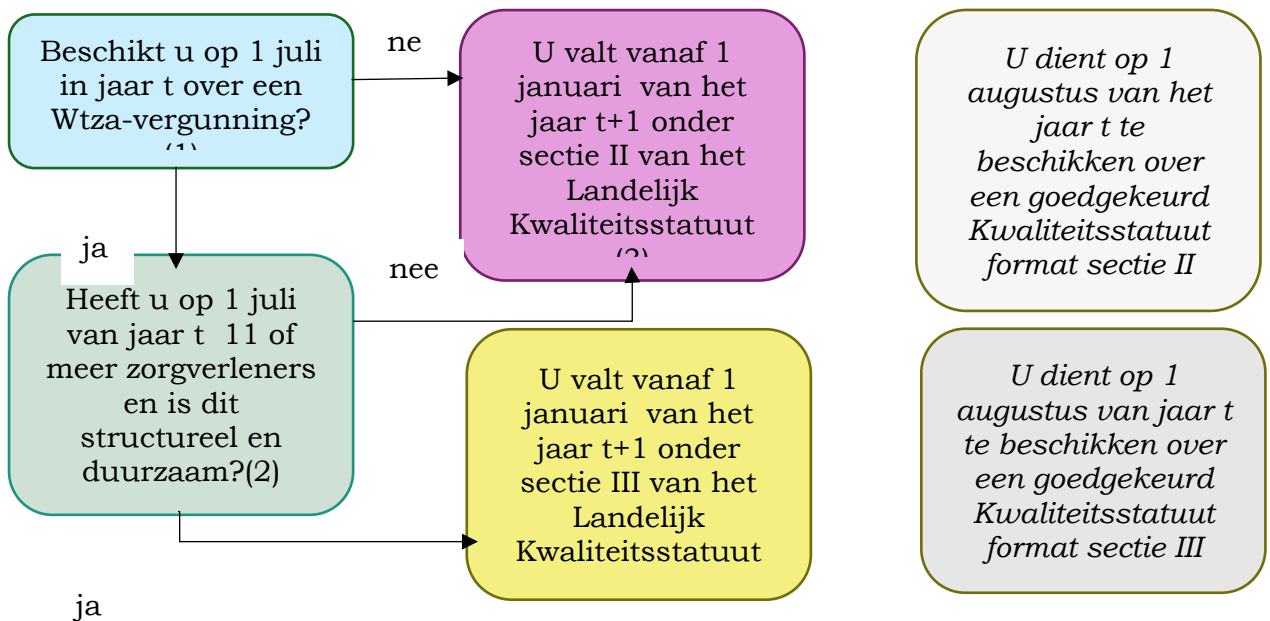
Structurele overgangprocedure voor wisseling van sectie LKS

1. Een goedgekeurd Kwaliteitsstatuut krijgt een geldigheid van een kalenderjaar en wordt zonder wijziging automatisch verlengd naar volgend kalenderjaar (dit om administratieve lasten van alle zorgaanbieders te voorkomen, omdat een wijziging slechts een minimaal aantal zorgaanbieders raakt).
2. Wijzigingen worden eenmaal per jaar geëffectueerd op 1 januari van het daarop volgende kalenderjaar.
3. Mediquest attendeert zorgaanbieders op 1 juni dat zorgaanbieders moeten toetsen of zij nog steeds aan de voorwaarden van de betreffende sectie voldoen op peildatum 1 juli voorafgaand aan het nieuwe kalenderjaar.
4. Bestaande zorgaanbieders zijn *verplicht* het Kwaliteitsstatuut te wijzigen wanneer de zorgaanbieder 6 maanden of langer valt onder de voorwaarden van de andere sectie. Het criterium voor de doelgroep voor de Wtza-vergunningplicht is dat er duurzaam en structureel meer dan 10 zorgverleners namens de instelling Wlz- en/of Zvw-zorg verlenen. Aan dit criterium is op deze wijze concrete uitwerking gegeven.
5. Zorgaanbieders die niet meer voldoen aan de voorwaarden voor die sectie, dienen uiterlijk 1 augustus de wijziging naar de andere sectie op orde te hebben en te beschikken over een goedgekeurd Kwaliteitsstatuut van de passende sectie. De nieuwe sectie gaat in op 1 januari van het daarop volgende kalenderjaar. Dit geldt voor alle bestaande zorgaanbieders, zowel gecontracteerd als niet-gecontracteerd. De zorgaanbieder verzoekt Mediquest het kwaliteitsstatuut/de kwaliteitsstatuten van de sectie die niet meer van toepassing is per 1 januari van het daaropvolgende jaar te laten vervallen.
6. Op basis van de brondatum (datum waarop het Kwaliteitsstatuut is goedgekeurd) kan de geldigheid worden bepaald. Bij wisseling van sectie wordt een Kwaliteitsstatuut met een brondatum vóór 1 augustus geldig op 1 januari van het daarop volgende jaar. Ligt de brondatum na 1 augustus dan treedt de geldigheid pas een jaar later in werking. De brondatum is zichtbaar bij de erkenning in het AGB-register.
7. Bij zorgaanbieders met een Kwaliteitsstatuut sectie II is deze gekoppeld aan de persoonlijke AGB van de zorgverlener. Bij zorgaanbieders met een Kwaliteitsstatuut sectie III is deze gekoppeld aan de ondernemings-AGB. Dat is nu in de huidige situatie ook al zo. In de nieuwe situatie na aanpassing vanwege de WTZA is en blijft in alle gevallen dus steeds één Kwaliteitsstatuut gekoppeld aan een AGB.
8. Het kan bij een wisseling van sectie dus zijn, dat je een Kwaliteitsstatuut sectie II hebt met een geldigheid tot en met 31 december van kalenderjaar t gekoppeld aan je persoonlijke AGB alsook een Kwaliteitsstatuut sectie III met een geldigheid vanaf 1 januari van kalenderjaar t+1 gekoppeld aan je ondernemings-AGB. Voor de contractering voor het kalenderjaar t+1 is het Kwaliteitsstatuut sectie III bij Vektis dan zichtbaar/toetsbaar door zorgverzekeraars.
9. Nieuwe zorgaanbieders, die gedurende een kalenderjaar een Kwaliteitsstatuut aanmaken krijgen deze toegekend met een geldigheid van het lopende kalenderjaar. Voor hen geldt vervolgens de vergelijkbare procedure voor wisseling van sectie als bij bestaande zorgaanbieders. Is voor hen geen wijziging aan de orde, dan wordt het Kwaliteitsstatuut automatisch verlengd naar volgend kalenderjaar.
10. Voor zorgaanbieders die op het snijvlak zitten van 10 zorgverleners en daarmee bewegen op de grens tussen sectie II en sectie III is het verstandig de zorg zo vorm te geven dat deze in ieder geval voldoet aan de LKS voorwaarden voor sectie II, waar de regiebehandelaar het merendeel van de behandeling zelf uitvoert. Bij wisseling hoeft de wijze van zorglevering aan de patiënt dan niet te wijzigen. Het gaat slechts om een zeer minimaal aantal zorgaanbieders die op de grens balanceren tussen sectie II en sectie III van het LKS.

Beslisboom voor jaarlijkse toetsing sectie LKS

Een goedgekeurd Kwaliteitsstatuut is een heel kalenderjaar geldig. Jaarlijks op 1 juli toetst u of u nog voldoet aan de voorwaarden van de sectie van uw kwaliteitsstatuut. Is dit het geval dan is geen actie van u nodig. Uw kwaliteitsstatuut is dan ook geldig voor het volgende kalenderjaar.

Voldoet u niet (meer) aan de voorwaarden van de sectie van uw kwaliteitsstatuut, dan dient u deze om te zetten naar de andere sectie. Voor deze toets doorloopt u onderstaande stappen.



(1) De Wtza-vergunningplicht geldt voor:

- zorginstellingen die medisch specialistische zorg (doen) verlenen,
- zorginstellingen die met meer dan tien zorgverleners zorg (zoals omschreven in de Zorgverzekeringswet of Wet langdurige zorg) (doen) verlenen.

Meer informatie: [link CIBG](#)

(2) Voorwaarde voor sectie III is dat er structureel en duurzaam sprake is van meer dan 10 zorgverleners. Dit is binnen het LKS als volgt geconcretiseerd: er is 6 maanden of langer sprake van meer dan 10 zorgverleners. De volgende situaties kunnen zich voordoen:

- Wanneer op 1 juli van het jaar t wel sprake is van meer dan 10 zorgverleners, dit op 1 juli van jaar t nog niet langer dan 6 maanden is, maar vóór 1 januari van jaar t+1 wel langer dan 6 maanden is, kunt u vanaf 1 januari van jaar t+1 onder sectie III vallen indien de verwachting is gerechtvaardigd dat deze situatie structureel en duurzaam is. Let op, dit kan alleen indien u beschikt over een Wtza-vergunning (zie stap 1 van de beslisboom). Op 1 augustus van het jaar t dient u te beschikken over sectie III van het kwaliteitsstatuut. Hiervoor is een Wtza-vergunning benodigd.
- Wanneer u schommelt rond de grens van meer dan 10 zorgverleners is geen sprake van structureel en duurzaam voldoen aan de voorwaarde van meer dan 10 zorgverleners. Alle regiebehandelaren moeten per 1 augustus van het jaar t beschikken over een goedgekeurd kwaliteitsstatuut sectie II. U valt vanaf 1 januari van het jaar t+1 onder sectie II.

(3) Indien u medisch specialistische zorg verleent, blijft u Wtza-vergunningplichtig, ook wanneer u onder sectie II valt. Verleent u geen medisch specialistische zorg, beschikt u over een Wtza-vergunning, maar is er geen sprake meer van meer dan 10 zorgverleners, dan kan de zorgaanbieder aan het CIBG vragen de Wtza-vergunning in te trekken. Dat hoeft niet per direct. Het kan zijn dat de instelling na een tijdje weer met meer dan 10 zorgverleners Zvw/Wlz-zorg verleent of doet verlenen.

Bijlage D Format Kwaliteitsstatuut GGZ- instelling (*inclusief checklist*)

Dit format is een uitwerking van het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* om de zorgaanbieder te ondersteunen in het vormgeven van een eigen kwaliteitsstatuut. De checklist met toetsingscriteria is in dit document per vraag in **oranje** aangegeven. Als door de zorgaanbieder wordt voldaan aan de checklist voorwaarden, zal diens kwaliteitsstatuut goedgekeurd worden. De schuine tekst tussen haken *[tekst]* geeft aan waar de gebruiker gegevens in kan vullen in het format. Een **O** geeft aan dat de zorgaanbieder een of meerdere antwoorden kan aanvinken.

I. Algemene informatie

1. Gegevens ggz-aanbieder

- *[Naam instelling]*
- *[Hoofd adres]*
- *[Contactgegevens]*
- *[Website]*
- *[KvK]*
- *[AGB-code(s)]*

Toets op aanwezigheid van:

- **Naam instelling**
- **Hoofd adres**
- **Contactgegevens**
- **Website**
- **KvK**
- **AGB-code¹**

2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt²:

- *[Naam]*
- *[Emailadres]*
- *[Telefoonnummer]*

Toets op aanwezigheid van:

- **Naam**
- **Emailadres**
- **Telefoonnummer**

3. Onze locaties vindt u hier: *[Link naar de website]*

Toets op werkende link

¹ Het betreft de AGB-code(s) waarmee u declaraties indient bij de zorgverzekeraars.

² De contactpersoon is diegene die bij onduidelijkheden over het kwaliteitsstatuut benaderd wordt. Veelal betreft het hier de projectleider die binnen de instelling belast is met het opstellen van het kwaliteitsstatuut.

4. Beschrijving aandachtsgebieden/zorgaanbod

4.A Beschrijf in maximaal 10 zinnen de algemene visie/werkwijze van uw instelling en hoe uw patiëntenpopulatie eruit ziet. Bijvoorbeeld: Op welke problematiek/doelgroep richt uw instelling zich, betreft u familie/omgeving in de behandeling, past u eHealth (toepassingen) toe, etc). *[Open tekstveld]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

4.B Patiënten/cliënten met de volgende hoofddiagnose(s) kunnen in mijn instelling terecht:

- Alle hoofddiagnoses
- Aandachtstekort- en gedrag
- Pervasief
- Overige kindertijd
- Delirium, dementie en overig
- Alcohol
- Overige aan een middel
- Schizofrenie
- Depressie
- Bipolair en overig
- Angst
- Restgroep diagnoses
 - Dissociatieve stoornissen
 - Genderidentiteitsstoornissen
 - Psychische stoornissen door een somatische aandoening
 - Seksuele problemen
 - Slaapstoornissen
- Persoonlijkheid
- Somatoform
- Eetstoornis

Toets op invullen minimaal één optie

4.C Biedt uw organisatie hoogspecialistische ggz (3e lijns ggz)?

- Nee
- Ja, wij hebben een afdeling hoogspecialistische ggz voor
 - Aandachtstekort- en gedrag
 - Pervasief
 - Overige kindertijd
 - Delirium, dementie en overig
 - Alcohol
 - Overige aan een middel
 - Schizofrenie
 - Depressie
 - Bipolair en overig
 - Angst
 - Restgroep diagnoses
 - Dissociatieve stoornissen
 - Genderidentiteitsstoornissen
 - Psychische stoornissen door een somatische aandoening
 - Seksuele problemen
 - Slaapstoornissen
 - Persoonlijkheid
 - Somatoform
 - Eetstoornis
 - Anders, namelijk...

Toets op invullen minimaal één optie

4.D Heeft u nog overige specialismen: (optioneel, meerdere antwoorden mogelijk)

- Dubbele diagnose (aanbod specifiek gericht op behandeling van bijvoorbeeld verslaving icm een psychische stoornis of een eetstoornis icm PTSS), nl
 - ... [vrij veld] en ... [vrij veld], of
 - ... [vrij veld] en ... [vrij veld]
- Mensen met een (licht) verstandelijke beperking
- Overig, namelijk [vrij veld]

Geen toets

5. Beschrijving professioneel netwerk³:

[open tekstveld]

Toets op aanwezigheid beschrijving

³ Professioneel netwerk gaat om andere zorgaanbieders met wie er structurele samenwerkingsafspraken bestaan in het kader van de behandeling. Voorbeelden van samenwerkingsverbanden waarin de instelling participeert is bv een regionaal netwerk jeugdzorg, veiligheidshuizen, etc.

6. Eris sprake van een overgangssituatie daarbij we zowel werken met een onderscheid in generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz als een indeling in categorieën. In de toekomst zal het eerste onderscheid komen te vervallen.

6.A [Onze instelling] biedt zorg aan in:

- o **De generalistische basis-ggz**
Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als regiebehandelaar optreden: (indien relevant met toelichting *[open tekstveld]*)
- o **De gespecialiseerde ggz**
Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als regiebehandelaar optreden: (indien relevant met toelichting *[open tekstveld]*)

Toets op invullen minimaal één optie, meerdere antwoorden zijn mogelijk, en aanwezigheid beschrijving bij aankruiste optie(s)

6.B [Naam instelling] heeft aanbod in de categorieën van complexiteit van situatie:

☛ Categorie A

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als indicierend regiebehandelaar optreden: (indien relevant met toelichting *[open tekstveld]*)

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als coördinerend regiebehandelaar optreden: (indien relevant met toelichting *[open tekstveld]*)

☛ Categorie B

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als indicierend regiebehandelaar optreden: (indien relevant met toelichting *[open tekstveld]*)

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als coördinerend regiebehandelaar optreden: (indien relevant met toelichting *[open tekstveld]*)

☛ Categorie C

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als indicierend regiebehandelaar optreden: (indien relevant met toelichting *[open tekstveld]*)

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als coördinerend regiebehandelaar optreden: (indien relevant met toelichting *[open tekstveld]*)

☛ Categorie D

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als indicierend regiebehandelaar optreden: (indien relevant met toelichting *[open tekstveld]*)

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als coördinerend regiebehandelaar optreden: (indien relevant met toelichting *[open tekstveld]*)

Toets op invullen minimaal één optie en aanwezigheid beschrijving bij aankruiste optie(s)

7. Structurele samenwerkingspartners

[Naam instelling] werkt ten behoeve van de behandeling en begeleiding van patiënten/ cliënten samen met:

- Beschrijf de functie van het samenwerkingsverband en wie daarin participeren:

[NAW-gegevens met vermelding websites].

Indien u de naam van een persoon opneemt, dient u toestemming van deze persoon te hebben voor het gebruik van zijn/haar persoonsgegevens (AVG)

Toets op aanwezigheid beschrijving

8. Lerend netwerk

- [Naam instelling] geeft op de volgende manier invulling aan het lerend netwerk van indicierend en coördinerend regiebehandelaren: [open tekstveld]

Indien u een kleine zorgaanbieder bent (2 -50 zorgverleners (categorie 2)), dient u ook aan te geven met welke andere zorgaanbieder u zich heeft verbonden om dit lerend netwerk mogelijk te maken.

Toets op aanwezigheid beschrijving

II. Organisatie van de zorg

9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

- [Naam Instelling] ziet er als volgt op toe dat: zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn: [beschrijf uw beleid en hoe uw dit uitvoert en borgt]

Toets op aanwezigheid beschrijving

- zorgverleners volgens kwaliteitsstandaarden, zorgstandaarden en richtlijnen handelen: [beschrijf uw beleid en hoe uw dit uitvoert en borgt]

Toets op aanwezigheid beschrijving

- zorgverleners hun deskundigheid op peil houden: [beschrijf uw beleid en hoe uw dit uitvoert en borgt]

Toets op aanwezigheid beschrijving

10. Samenwerking

- Samenwerking binnen uw organisatie is vastgelegd en geborgd in het professioneel statuut: [ja of nee]

Toets op aanvinken ja

- Binnen [naam instelling] is het multidisciplinair overleg en de informatie-uitwisseling en -overdracht tussen indicierend en coördinerend regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren als volgt geregeld: [beschrijf wat u heeft geregeld voor uitvoeren van de multidisciplinaire overleggen, o.a. samenstelling, overlegfrequentie, wijze van verslaglegging]

Toets op aanwezigheid beschrijving

- *[Naam instelling]* hanteert de volgende procedure voor het op- en afschalen van de zorgverlening naar een volgend respectievelijk voorliggend echelon: *[beschrijf uw beleid en hoe u dit uitvoert en borgt]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

- Binnen *[naam instelling]* geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de volgende escalatieprocedure: *[beschrijf uw beleid en hoe u dit uitvoert en borgt]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

11. Dossiervoering en omgang met patiëntgegevens

- Ik vraag om toestemming van de patiënt/ cliënt bij het delen van gegevens met niet bij de behandeling betrokken professionals: *[ja/nee]*

Toets op antwoord ja

- 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/nee]*

Toets op antwoord ja

- Ik gebruik de privacyverklaring als de patiënt/ cliënt zijn diagnose niet kenbaar wil maken aan zijn zorgverzekeraar/ NZa: *[ja/nee]*

Toets op antwoord ja

12. Klachten en geschillen regeling

- ✍️ patiënten/ cliënten kunnen de klachtenregeling hier vinden: *[link naar website of upload van bestand]*

Toets op werkende link of bijgevoegd bestand

- ✍️ patiënten/ cliënten kunnen met geschillen over de behandelingen begeleiding terecht bij *[Geschilleninstantie vermelden waarbij u bent aangesloten]* en de geschillenregeling is hier te vinden: *[link naar website of upload van bestand]*

Toets op werkende link of bijgevoegd bestand

III. Het zorgproces - het traject dat de patiënt/cliënt in deze instelling doorloopt

13. Wachtijd voor intake/probleemanalyse en behandeling en begeleiding

- Patiënten/ cliënten vinden informatie over wachttijden voor intake en behandeling en begeleiding via *[delinknaar de website of upload van pdf]* en kunnen deze telefonisch opvragen. De informatie is –indien het onderscheid van toepassing is– per zorgverzekeraar en per diagnose.

Toets op werkende link of bijgevoegd bestand

14. Aanmelding en intake/probleemanalyse

- De aanmeldprocedure is de organisatie als volgt geregeld (zoals: wie ontvangt de telefonische aanmelding, wie doet de intake, hoe verloopt de communicatie met de patiënt/ cliënt): *[open tekstveld]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

- Binnen *[naam instelling]* wordt de patiënt/ cliënt doorverwezen naar een andere zorgaanbieder met een passend zorgaanbod of terugverwezen naar de verwijzer –indien mogelijk met een passend advies– indien *[naam instelling]* geen passend aanbod heeft op de zorgvraag van de patiënt/ cliënt: *[ja/nee]*

Toets op ja

15. Indicatiestelling

- Beschrijf hoe de intake/ probleemanalyse en indicatiestelling binnen *[naam instelling]* 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 indicierend regiebehandelaar en hoe komt die beslissing tot stand (afstemming met patiënt/ cliënt), waaruit bestaan de verantwoordelijkheden van de indicierend regiebehandelaar bij het stellen van de diagnose): *[open tekstveld]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

16. Behandeling en begeleiding

- Het behandelplan wordt als volgt opgesteld: (beschrijving van proces en betrokkenheid van patiënt/ cliënt en (mede-)behandelaren, rol multidisciplinair team): *[open tekstveld]*

Toets op aanwezigheid beschrijving.

- Het centraal aanspreekpunt voor de patiënt/ cliënt tijdens de behandeling is de coördinerend regiebehandelaar: *[beschrijving rol en taken coördinerend regiebehandelaar in relatie tot rol en taken medebehandelaars]*

Geentoets

- De voortgang van de behandeling en begeleiding wordt binnen *[naam instelling]* als volgt gemonitord (zoals voortgangsbepreking behandelplan, evaluatie, vragenlijsten, ROM): *[open tekstveld]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

- Binnen *[naam instelling]* reflecteert de coördinerend regiebehandelaar samen met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling en begeleiding als volgt: *[toelichting op wijze van reflectie en frequentie]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

- De tevredenheid van patiënten/cliënten wordt binnen *[naam instelling]* op de volgende manier gemeten: *[wanneer, hoe]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

17. Afsluiting/nazorg

- De resultaten van de behandeling en begeleiding 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 vervolgbehandelaar, hoe handelt instelling als patiënt/cliënt bezwaar maakt tegen informeren van verwijzer of anderen]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

- Patiënten/cliënten of hun naasten kunnen als volgt handelen als er na afsluiting van de behandeling en begeleiding sprake is van crisis of terugval: *[open tekstveld]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

IV. Ondertekening

Ik verklaar dat ik me houd aan de wettelijke kaders van mijn beroepsuitoefening, handel conform het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ en dat ik dit Kwaliteitsstatuut naar waarheid heb ingevuld *[aanvinkmogelijkheid]*

- *[Naam bestuurder van [naam instelling]]:*
- *[Plaats]:*
- *[Datum]:*

Toets op vinkje, ingevulde naam, plaats en datum

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 of ander keurmerk);
- zijn algemene leveringsvoorwaarden;
- het binnen de instelling geldende professioneel statuut.

Toets op aanwezigheid van upload documenten op registratiewebsite

Bijlage E Regeling overgang Jeugdwet naar Zvw bij bereiken 18 jaar

Behorende bij het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ*

Regeling overgang Jeugdwet naar ZVW bij bereiken 18 jaar

In het bestuurlijk overleg over het Kwaliteitsstatuut is overeengekomen dat er een overgangsregeling komt voor de doelgroep 18- / 18+. De overgangsregeling heeft tot doel om de continuïteit van behandelen te borgen, voor de doelgroep die gedurende zijn/haar behandeling 18 jaar wordt en daarmee van de Jeugdwet wordt overgedragen naar de Zorgverzekeringswet.

Overgangsregeling 18-/18+

De regeling is bedoeld voor de patiënt / cliënt die tijdens de behandeling onder de Jeugdwet de 18-jarige leeftijd bereikt. Aanspraak op vergoeding onder de Jeugdwet vervalt hierdoor. Voortzetting of afronding van de behandeling dient onder de Zorgverzekeringswet plaats te vinden. Als vanwege de opgebouwde behandelrelatie de patiënt / cliënt de zorg bij de bestaande (regie)behandelaar voort wenst te zetten maar dit wordt verhinderd door de verplichting voortvloeiend uit het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ*, kan deze patiënt / cliënt gebruik maken van de overgangsregeling. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

- De patiënt / cliënt is al in zorg bij de regiebehandelaar voor diens 18e verjaardag.
- De regiebehandelaar heeft een postmasterregistratie in het register SKJ of BIG register.
- De voortzetting van de behandeling is gericht op afsluiting of overdracht.
- De behandeling kent een maximale termijn van 365 dagen na de dag dat de patiënt / cliënt 18 jaar wordt.
- Voor de voortzetting van deze behandeling gelden dezelfde randvoorwaarden als onder de Jeugdwet en beleidsregels voor de curatieve GGZ.

Deze overgangsregeling geldt voor zowel sectie II als sectie III. Aanbieders die alleen op basis van deze overgangsregeling zorg verlenen onder de Zorgverzekeringswet hebben geen verplichting om een Kwaliteitsstatuut op te stellen.

Proces

De overgangsregeling is van kracht sinds 1 januari 2017. Er is nog geen definitieve regeling opgesteld. Partijen werken aan een definitieve regeling om de continuïteit van behandelen voor de doelgroep 18- / 18+ te waarborgen. De huidige regeling blijft van kracht totdat er een definitieve regeling is afgesproken.