

# Kwaliteitsstatuut GGNet

## Inleiding

In het Kwaliteitsstatuut is beschreven hoe GGNet zorgdraagt voor een goede kwaliteit van zorg. Dit kwaliteitsstatuut is afgeleid van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (LKS). Dit LKS is uitgewerkt door verschillende koepels in de zorg, patiënten/familie-organisaties en zorgverzekeraars Nederland. In het LKS is aangegeven wat GGNet minimaal geregeld moet hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve gezondheidszorg in het kader van de Zorgverzekeringswet te mogen verlenen. Instellingen die zorg verlenen in het kader van de Zorgverzekeringswet zijn sinds 1 januari 2017 verplicht om een goedgekeurd kwaliteitsstatuut te hebben. Het kwaliteitsstatuut van GGNet is goedgekeurd.

Bij GGNet zetten we alles op alles om het waardevolle contact tussen mensen te behouden of te herstellen. We dringen onnodige afhankelijkheid van zorg terug en bevorderen werkelijk herstel. Deze visie is uitgewerkt naar afspraken rondom de zorg. Het Kwaliteitsstatuut GGNet bevat algemene informatie, informatie over de organisatie van de zorg binnen GGNet en over het traject dat de patiënt binnen GGNet doorloopt, ofwel het zorgproces. GGNet heeft op twee onderdelen eigen keuzes gemaakt. GGNet maakt geen gebruik van de indeling in complexiteitscategorieën uit het LKS. Daarnaast hanteert GGNet de termen 'regiebehandelaar' en 'coördinerend behandelaar'. GGNet maakt geen gebruik van de termen 'indicerend regiebehandelaar' en 'coördinerend regiebehandelaar' uit het Landelijk Kwaliteitsstatuut, maar spreekt van de indicerende rol en de coördinerende rol van de regiebehandelaar.

## Toelichting op de keuzes van GGNet

### **De complexiteitscategorieën**

GGNet behandelt patiënten in alle vier de complexiteitscategorieën die in het Landelijk Kwaliteitsstatuut zijn beschreven. Tijdens behandelingen lopen de categorieën in elkaar over; patient journeys lopen dwars door alle categorieën heen. Binnen GGNet zijn de bevoegd- en bekwaamheden en competenties bepalend bij het maken van een juiste match tussen wat er nodig is voor de patiënt en diens zorgvraag en wat de regiebehandelaar kan bieden. GGNet streeft daarbij naar zoveel mogelijk continuïteit in de inzet van de regiebehandelaar. Een goede relatie van patiënt en regiebehandelaar bepaalt immers voor een belangrijk deel de effectiviteit van de geleverde zorg. GGNet hecht daarom veel waarde aan een duurzame relatie met de regiebehandelaar. Door de categorieën los te laten, kunnen we dit beter realiseren.

Bij veranderingen in de complexiteit is niet de overgang van de ene categorie naar de andere leidend, maar de vraag of de bevoegd-, bekwaamheden en competenties van de regiebehandelaar nog passend zijn. Pas als dat niet meer zo is, is verandering van regiebehandelaar nodig.

### **De regiebehandelaar en de coördinerend behandelaar**

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut spreekt over indicerende regiebehandelaren en coördinerende regiebehandelaren. GGNet maakt wel onderscheid tussen de indicerende rol en de coördinerende rol en spreekt in haar behandelpraktijk over regiebehandelaren en coördinerend behandelaren. Hiermee zijn goede ervaringen opgebouwd en daarom is ervoor gekozen om deze praktijk voort te zetten en de



coördinerende behandelrol te behouden. Deze rol lijkt grotendeels op die van de coördinerend regiebehandelaar zoals die is beschreven in het Landelijk Kwaliteitsstatuut, maar verschilt daarin op het gebied van de eindverantwoordelijkheid, die niet bij de coördinerend behandelaar ligt. GGNet heeft deze keuze gemaakt om twee redenen:

1. De coördinerende behandelrol kan door een bredere groep behandelaren worden uitgevoerd dan de coördinerende regierol. Hiermee kunnen we optimaal gebruik maken van de kwaliteiten van onze behandelaren. Dit is niet alleen efficiënt, maar vergroot ook de arbeidssatisfactie van behandelaren die deze rol op zich mogen nemen, maar niet bevoegd zijn om een regierol op zich te nemen. In tijden van personele krapte weegt dit zwaar.
2. Het vraagt aandacht om aan patiënten uit te leggen wat de rol is van de regiebehandelaar en de coördinerend behandelaar. Een onderscheid tussen de twee regierollen zou betekenen dat uitleg gegeven moet worden over drie rollen. Dit wordt voor het merendeel van de patiënt te ingewikkeld. Dit geldt overigens ook voor de behandelteams zelf.

In de richtlijn behandelverantwoordelijkheid zijn beide rollen verder uitgewerkt. In deze richtlijn is ook vastgelegd welke beroepsgroepen in welke situaties als regiebehandelaar mogen optreden.

### **Keuze voor regiebehandelaar en coördinerend behandelaar**

Het is van belang om een zo goed mogelijke match te maken tussen de patiënt en diens hulpvraag enerzijds en de kennis en ervaring van de regiebehandelaar anderzijds. Daarbij wordt rekening gehouden met de complexiteit, ernst en risico van de problematiek van de patiënt en de bevoegd- en bekwaamheid van de behandelaren. Het behandelteam geeft de ruimte aan behandelaren hun kwaliteiten zoveel mogelijk in te zetten en te ontwikkelen. Op die manier wordt efficiënt gebruik gemaakt van de beschikbare capaciteit binnen het team.

Het toewijzen van de regierol en de coördinerende rol in de verschillende fasen van het zorgtraject wordt, evenals het inzetten van behandelaren voor verschillende behandelonderdelen, door het behandelteam in gezamenlijkheid besloten. Het invullen van deze rollen gebeurt op basis van bekwaamheid en competenties. Dit is altijd maatwerk.

Bevoegdheid wordt verkregen door opleiding, bekwaamheid door scholing, ervaring en de deelname aan lerende netwerken. Iedere behandelaar wordt geacht zelf in te schatten of hij bevoegd- en bekwaam is voor zijn rollen en taken. Daarnaast toetsen collega's binnen het behandelteam bij en met elkaar of bekwaamheden toereikend zijn, individueel en in behandelteamverband. Feedback kan gevraagd en ongevraagd gegeven worden. De leden van het behandelteam ondersteunen en spreken elkaar aan in het op peil houden en vergroten van bekwaamheid.

### **Reflecteren op de invulling van de regierollen**

Reflectie op het eigen handelen als regiebehandelaar is noodzakelijk. Alle regiebehandelaren zullen zich daarom moeten verbinden aan een lerend netwerk waarbij zij op systematische wijze op hun regierol reflecteren.



## Deel I. Algemene informatie

### 1. Gegevens ggz-aanbieder

Naam instelling zoals bekend bij KVK: Stichting GGNet  
Hoofd postadres straat en huisnummer: Vordenseweg 12  
Hoofd postadres postcode en plaats: 7231PA WARNSVELD  
Website: [www.ggnet.nl](http://www.ggnet.nl)  
KvK nummer: 08140403  
AGB-code 1: 06290509

### 2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt

Naam: Nyske van Velzen  
E-mailadres: [n.vanvelzen@ggnet.nl](mailto:n.vanvelzen@ggnet.nl)

### 3. Onze locaties vindt u hier

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

### 4. Beschrijving aandachtsgebieden/zorgaanbod:

#### 4a. Algemene visie/werkwijze

Vanuit ons hart zetten wij ons in voor mensen met psychische problemen en hun naasten. Dit doen wij als specialist in mentale gezondheid binnen een zorgnetwerk. We zetten de veerkracht van mensen, hun omgeving en ons vakmanschap in. Zo banen we het kortst mogelijke pad naar herstel. Op dit pad werken we er elke dag aan om misbaar te zijn.

We willen als herkenbare voortrekker nieuwe wegen volgen, richting grotere tevredenheid over de zorg die wij leveren. Vanwege de gevolgen die juist psychische aandoeningen hebben op mensen, hun directe omgeving en een hele gemeenschap. Daarbij zetten we steeds in op het terugdringen van onnodige afhankelijkheid van zorg en het bevorderen van werkelijk herstel. Zodat patiënten weer zoveel mogelijk de aansluiting vinden, met zichzelf en met anderen. We mikken op zoveel mogelijk momentum door (nog) meer partijen, zowel binnen als buiten de GGZ, mee te krijgen in onze benadering. Want samen lukt het ons beter om actief bij te dragen aan betaalbare en toegankelijke zorg in een inclusieve maatschappij, die eenieder letterlijk en figuurlijk de ruimte biedt om een eigen leven te leiden.

#### 4b. Patiënten met de volgende hoofddiagnose(s) kunnen bij GGNet terecht:

Voor alle verzekerde hoofddiagnoses kunnen mensen bij GGNet terecht. Bij specifieke diagnoses kan het zijn dat er wordt doorverwezen naar meer gespecialiseerde instellingen die deels of volledig de zorg kunnen bieden. GGNet kan dan medebehandelaar zijn.

#### 4c. Hoogspecialistische ggz (3e lijns ggz):

GGNet heeft een afdeling hoogspecialistische ggz voor:

- Persoonlijkheidsproblematiek
- Eetstoornissen
- Anders, namelijk...:
  - Forensische psychiatrie



- Psychiatrie en LVB
- Complexe traumagerelateerde stoornissen
- Depressie

#### **4d. Overige specialismen:**

- Dubbele diagnose nl:
  - psychiatrie en verslaving, ook in combinatie met LVB en/of forensische psychiatrie
  - complexe traumagerelateerde stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen en/of eetstoornissen
- Jeugd/transitiepsychiatrie
- Ouderenpsychiatrie
- Preventie
- OGGZ

#### **5. Beschrijving professioneel netwerk:**

Medewerkers van GGNet functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein en instanties zoals veiligheidshuizen, politie, scholen etc. Wanneer samenwerking tussen verschillende behandelteams aan de orde is, wordt afgestemd via zorgafstemmingsgesprekken of intercollegiaal overleg. Dit geldt voor interne en externe samenwerkingen. Deelnemers zijn: patiënten, naasten, ambulante en/of klinische team en andere hulpverleners en betrokkenen. Doel is optimale aansluiting van zorg. Tijdens de gesprekken worden afspraken gemaakt, wordt duidelijkheid geschapen over behandeldoelen, rolverdeling, vormgeven van afstemming en samenwerking, over op- en afschalen en een goede overdracht. Vertrekpunt daarbij zijn de wensen en doelen van de patiënt en diens naasten.

#### **6. GGNet biedt zorg aan in:**

##### **6a. Basis-ggz en specialistische ggz**

GGNet biedt zorg aan in de basis-ggz en in de gespecialiseerde ggz. In de toekomst zal dit onderscheid verdwijnen.

- In de generalistische basis-ggz kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als regiebehandelaar optreden:
  - GZ-psycholoog
  - klinisch psycholoog/klinisch neuropsycholoog
  - psychotherapeut
  - Verpleegkundig specialist ggz
  - Specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater
  - Verslavingsarts KNMG
  - Orthopedagoog-generalist
  - Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
- In de gespecialiseerde-ggz kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als regiebehandelaar optreden:
  - psychiater
  - klinisch psycholoog
  - Verslavingsarts KNMG
  - Specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater



- psychotherapeut
- klinisch neuropsycholoog
- GZ-psycholoog
- Verpleegkundig specialist ggz
- Physician Assistant
- Orthopedagoog-generalist
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (alleen in de behandelfase)

## **6b. GGNet heeft aanbod in de categorieën van complexiteit van situatie:**

In het Landelijk Kwaliteitsstatuut wordt een onderscheid gemaakt in complexiteit van de problematiek en complexiteit van het zorgaanbod. Op basis daarvan worden vier categorieën van complexiteit onderscheiden. GGNet levert zorg in de volgende categorieën:

### 1. Categorie A

In deze categorie gaat het om situaties waarbij zowel de problematiek als het zorgaanbod laagcomplex zijn. 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. 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 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. Denk hierbij aan ernstig onregelde patiënten waarbij opname noodzakelijk kan zijn, waarbij gezamenlijk in het behandelteam 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.

## **7. Structurele samenwerkingspartners**

Het is mogelijk dat het zorgtraject bij GGNet trajecten van andere aanbieders overlapt. Daar waar het gaat om samenwerking ten behoeve van een individuele patiënt is er sprake van (over en weer) verwijzingsrelaties in de keten dan wel mede behandeling. Deze vormen van samenwerking zijn in de keten gangbaar en veelal niet in schriftelijke samenwerkingsovereenkomsten vastgelegd, omdat het hier gaat om zorg op maat gaat rond een individuele patiënt.

## Deel II. Organisatie van de zorg

### 8. Lerend netwerk

GGNet geeft op de volgende manier vorm aan het lerend netwerk van regiebehandelaren:

De bevoegdheid, bekwaamheid en competenties vormen het vertrekpunt voor het toewijzen van rollen en taken. Bekwaamheid en competenties zijn dynamisch: ze moeten op peil gehouden worden om ze niet kwijt te raken en ze kunnen ontwikkeld en uitgebreid worden. Dat is niet alleen van belang vanuit het oogpunt van kwaliteit, maar ook vanuit het oogpunt van professionele ontwikkeling. Lerende netwerken leveren hieraan een bijdrage. Dit geldt ook voor het ontwikkelen en uitbreiden van bekwaamheid en competenties met betrekking tot de regierol. Er wordt in groepsverband gereflecteerd op de regierol. Dat gebeurt in de eerste plaats binnen het eigen team, door met elkaar in gesprek te gaan als er twijfels zijn over het toereikend zijn van bekwaamheden en competenties.

Reflectie in groepsverband vindt ook plaats via:

- intervisie (intern en extern)
- moreel beraad
- casuïstiekbespreking/evaluatie
- teamontwikkelingsgesprekken

GGNet is ervan overtuigd dat deelname aan lerende netwerken een belangrijke manier is voor regiebehandelaren om zich verder te professionaliseren. De lerende netwerken zijn in ontwikkeling en hebben de volle aandacht.

### 9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

GGNet ziet er als volgt op toe dat:

#### 9a. Zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn:

Van alle zorgverleners van GGNet wordt verwacht dat ze voldoen aan de vereiste opleiding en registratie en dat ze bereid zijn om te voldoen aan verdere ontwikkeling van bekwaamheid en competenties. Medewerkers van GGNet delen de visie op het verbeteren van gezondheid binnen een zorgnetwerk: We zetten de veerkracht van mensen, hun omgeving en ons vakmanschap in. GGNet vindt daarbij de veerkracht van de professional belangrijk. Om nieuwsgierig te blijven, beter te worden, vakmanschap te tonen en op de hoogte te zijn van de ontwikkelingen in hun vak. Bij GGNet werken trotse en vitale medewerkers, die oplossingsgerichtheid en lef tonen en de instelling hebben om te leren van elkaar. Zowel binnen als buiten onze organisatie.

Het sturen op optimaal functioneren van medewerkers start al bij de werving en selectie van de juiste medewerkers. Mensen die beschikken over de juiste kwalificaties, de juiste persoonlijkheid én die passen bij de waarden van de organisatie. In het aanstellingsproces ziet de afdeling Mens en Organisatie (M&O) erop toe dat beoogde medewerkers de juiste diploma's en een recente verklaring omtrent gedrag (VOG) hebben. Indien van toepassing wordt de registratie in het BIG-register, of voor 'jeugdprofessionals', in het SKJ (Stichting Kwaliteitsregister Jeugd) gecontroleerd en worden referenties opgevraagd. Sinds 1 januari 2022 is het ZorgPrestatieModel (ZPM) ingevoerd. Dit orgaan vereist in het kader van declarabiliteit per discipline diploma's en/of verplichte registraties/lidmaatschappen. Bij het aannemen wordt eveneens beoordeeld of de medewerker



hieraan voldoet -voor zover van toepassing. GGNet faciliteert verplichte bij - en nascholing en ziet erop toe dat medewerkers deze volgen.

## **9b. Zorgverleners volgens kwaliteitsstandaarden, zorgstandaarden en richtlijnen handelen:**

GGNet faciliteert medewerkers door een breed aanbod van interne en externe scholingen beschikbaar te stellen, afgestemd op haar behandelvisie, de geldende richtlijnen en standaarden. Het aanbod bestaat uit bekwaamheidsscholingen, behandelinhoudelijke scholingen, scholingen gericht op algemene en beroeps specifieke competentie- en vaardigheidsontwikkeling en scholingen die voortvloeien uit organisatieontwikkeling. Daarnaast is GGNet een erkend opleidingsinstituut voor verschillende opleidingen, namelijk de A-opleiding, de P-opleidingen, SPV en Verpleegkundig Specialist. De Centrale Opleiding Commissie (COC) houdt zich bezig met de inrichting en begeleiding van de opleidingen. Medewerkers van GGNet worden waar mogelijk gefaciliteerd om in aanmerking te komen voor een opleidingsplek of het doen van promotieonderzoek. Ook kunnen medewerkers gebruik maken van de studiekosten en studieverlofregeling als het gaat om andere opleidingen in het kader van de beroeps- of loopbaanontwikkeling.

## **9c. Zorgverleners hun deskundigheid op peil houden:**

Zorgverleners zijn onder andere volgens de wet BIG zelf verantwoordelijk om hun (her)registratie in het BIG-register te verkrijgen en te behouden. GGNet faciliteert medewerkers hierin door het bieden van opleidingen en/of opleidingsbudgetten. Afdeling Mens & Organisatie bewaakt mede de herregistratiedatum en controleert op tijdige verlenging van de BIG-registratie. Hetzelfde geldt voor de registratie SKJ.

## **10. Samenwerking**

### **10a. Samenwerking binnen GGNet en het (multidisciplinair) overleg is vastgelegd en geborgd in het professioneel statuut.**

De naam van dit document is: Behandelverantwoordelijkheid - richtlijn - GGNet.

### **10b. Binnen GGNet is het (multidisciplinair) overleg en de informatie-uitwisseling en -overdracht tussen regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren als volgt geregeld:**

#### **Samenstelling, overlegfrequentie en wijze van verslaglegging**

Het behandelteam bestaat uit de juiste mix van hulpverleners die ieder vanuit hun eigen discipline en eigenstandige verantwoordelijkheid betrokken is bij de totstandkoming, uitvoering en evaluatie van de behandeling van de patiënt.

De samenstelling van het behandelteam kan per behandelsetting verschillen. De regiebehandelaar van de patiënt die besproken wordt, maakt ook altijd deel uit van het behandelteam. Op moment dat de regiebehandelaar niet aanwezig is in het behandelteam wordt de bespreking van zijn patiënten op een ander moment ingepland. Zo nodig kan de waarnemer van de regiebehandelaar de bespreking overnemen.

Het behandelteam komt in een vaste frequentie bijeen, afhankelijk van de setting.

Van de behandelaren wordt actuele kennis op het gebied van behandel mogelijkheden verwacht. Door de verschillende beroeps- en ervaringsachtergronden en de juiste kennis van de stand van zaken op



het gebied van wetenschap en praktijk wordt het mogelijk dezelfde problematiek vanuit verschillende invalshoeken te bezien. Hierdoor kan een zo optimaal mogelijk behandelpakket voor de patiënt worden samengesteld. Door bespreking in het behandelteam wordt de kans dus vergroot dat de patiënt de best mogelijke behandeling krijgt aangeboden. Vandaar dat ook wanneer de behandeling door slechts één hulpverlener wordt uitgevoerd het behandelvoorstel hiervoor in de behandelplanbespreking van het behandelteam wordt besproken en getoetst.

N.B. Binnen de basisggz vinden geen voortgangsbesprekingen in behandelteamverband plaats.

De voortgang van behandeling wordt besproken in de behandelplanbespreking van het behandelteam op geleide van afspraken die vastgelegd zijn in het behandelplan of vaker indien nodig. Hiervan wordt verslag gedaan in het patiëntdossier. Hieraan voorafgaand evalueert de regiebehandelaar met de patiënt de behandeling. Zo mogelijk wordt de patiënt voor de evaluatie in het behandelteam uitgenodigd. Als de patiënt niet bij de behandelplanbespreking aanwezig is/kan zijn, dan koppelt de regiebehandelaar de conclusies terug aan de patiënt en wordt zo nodig het behandelplan gewijzigd met instemming van de patiënt.

### **In geval van risicovolle situaties**

Iedere behandelaar moet kunnen signaleren of er een risicovolle situatie is die een beoordeling nodig heeft en hierover rapporteren. Op het moment dat er sprake is van risico voor de patiënt en/of zijn omgeving, neemt de regiebehandelaar (als hij zelf geen psychiater of klinisch psycholoog is) contact op met de psychiater of klinisch psycholoog voor een inschatting van de situatie. Op grond van dit overleg kan het nodig zijn om het behandelplan te wijzigen. Dit gaat in samenspraak met de patiënt.

### **Totstandkoming besluiten**

In de behandelplanbespreking wordt gestreefd naar overeenstemming door middel van gezamenlijke besluitvorming. Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling heeft de regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem, maar niet eerder dan nadat alle betrokken hulpverleners zijn gehoord.

In geval er sprake is van een crisissituatie en/of risico voor de patiënt en/of zijn omgeving, dan heeft de psychiater of klinisch psycholoog de doorslaggevende stem.

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

Op het moment dat uit de behandelplanbespreking blijkt dat de zorg opgeschaald moet worden naar een volgend echelon/lijn (en hiermee samenhangend een andere zorgaanbieder) en de patiënt stemt hiermee in, zorgt de regiebehandelaar voor een goede schriftelijke overdracht naar de collega-zorgaanbieder. Dit gebeurt ook als de zorg voor de patiënt afgeschaald kan worden naar een voorliggend echelon/lijn.

GGNet heeft echter de voorkeur voor een 'warme' overdracht; dit betekent dat de regiebehandelaar, naast de schriftelijke overdracht, eventuele bijzonderheden via direct (telefonisch) contact met de nieuwe regiebehandelaar doorneemt als deze bekend is.

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

Op het moment dat er een verschil van mening of inzicht bestaat over de behandeling van een patiënt tussen de hulpverleners die bij de behandeling zijn betrokken dat niet kan worden overbrugd kan elke





(regie)behandelaar gebruik maken van de escalatieprocedure. Hij schakelt daarvoor de geneesheer directeur van GGNet van de betrokken regio in en legt hem de situatie voor met het verzoek om in het bereiken van een oplossing te adviseren. Dit advies is zwaarwegend. De regiebehandelaar blijft verantwoordelijk voor de keuzes die gemaakt worden in het individuele zorgtraject. Dat betekent dat de regiebehandelaar beslist over het opvolgen van het advies.

Om tot een advies te komen neemt de geneesheer directeur in ieder geval contact op met de betrokken behandelaren en indien relevant de patiënt om hun standpunt te horen. Het advies van de geneesheer directeur wordt in het dossier van de patiënt opgenomen en het behandelbeleid wordt dienovereenkomstig uitgevoerd.

## **11. Dossiervoering en omgang met patiëntgegevens**

GGNet vraagt om toestemming van de patiënt bij het delen van gegevens met niet bij de behandeling betrokken hulpverleners.

In situaties waarin het beroepsgeheim mogelijk doorbroken wordt, gebruikt GGNet 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 GGNet vraagt het controleplan op bij de zorgverzekeraar (bij materiële controle).

GGNet gebruikt de privacyverklaring als de patiënt zijn diagnose niet kenbaar wil maken aan zijn zorgverzekeraar/ NZa

## **12. Klachten en geschillenregeling**

Patiënten kunnen de klachtenregeling hier vinden: <https://ggnet.nl/over-ggnet/klachten>

Patiënten kunnen met geschillen over een behandeling en begeleiding terecht bij:

De Geschillencommissie Zorginstellingen

Contactgegevens: Bordewijklaan 46, 2509 LP Den Haag ([www.degeschillencommissie.nl](http://www.degeschillencommissie.nl))

De geschillenregeling is hier te vinden:

Upload van uw geschillenregeling op [www.ggzkwaliteitsstatuut.nl](http://www.ggzkwaliteitsstatuut.nl)



## Deel III. Het zorgproces - het traject dat de patiënt binnen GGNet doorloopt

### 13. Wachtijd voor intake en behandeling en begeleiding

Patiënten vinden informatie over wachttijden voor intake en behandeling en begeleiding via de website van GGNet: <https://ggnet.nl/wachttijden>

### 14. Aanmelding en intake

**De aanmeldprocedure is in de organisatie als volgt geregeld:**

Een patiënt komt op verzoek van een verwijzer (vaak de huisarts via Zorgdomein) binnen bij GGNet.

#### **Spoed en crisis**

Bij aanmelding in Zorgdomein kan er aangegeven worden door de verwijzer of er reden is voor een verkorte toegang (spoed) of crisis. De crisisdienst doet dan de directe triage, telefonisch met verwijzer en patiënt, en bij twijfel face-to-face met de patiënt. Als er inderdaad sprake is van crisis levert de crisisdienst de regiebehandelaar van de patiënt. Uit de beoordeling kan ook komen dat de patiënt alsnog aangemeld wordt voor een regulier traject. In dat geval volgt een reguliere triage.

Wanneer tijdens de triage wordt beoordeeld dat de patiënt in crisis zit of met spoed moet worden behandeld, ondanks dat de huisarts de patiënt heeft aangemeld voor een regulier traject, neemt de triagist contact op met de crisisdienst voor een beoordeling. De huisarts wordt hierover geïnformeerd. In geval van crisis levert de crisisdienst de benodigde zorg.

Wanneer er geen crisis is maar voorkomen moet worden dat deze gaat ontstaan, is er sprake van spoed. De triagist beoordeelt dit. De triagist meldt dit bij het secretariaat van het desbetreffende behandelteam, zodat de intake van de patiënt met voorrang kan worden gepland. Na het beëindigen van de triagefase wordt de patiënt verwezen naar het behandelteam dat de intake en eventueel aanvullende diagnostiek en de behandeling (naar verwachting) zal gaan uitvoeren.

#### **Triage**

Om een juiste inschatting van de aard en de ernst van de problematiek te maken, wordt er een triage uitgevoerd. In de triage wordt onderzocht:

- of de patiënt qua zorgvraag past binnen de doelgroep van de ggz in het algemeen en GGNet in het bijzonder;
- of de patiënt voldoende baat heeft bij een aanbod binnen de basis-ggz of dat er een meer gespecialiseerde behandeling nodig is binnen de gespecialiseerde ggz;
- wanneer de basis-ggz het best passend is, wordt een advies gegeven over de zorgzwaarte (kort, middel, intensief of chronisch);
- wanneer de gespecialiseerde ggz het best passend is, wordt bekeken welke afdeling of behandelteam het beste aansluitende aanbod heeft bij de hulpvraag en de klachten van de patiënt en de verwijzreden van de huisarts.

Als de behandeling nog niet is gestart, is de regiebehandelaar beperkt verantwoordelijk. Een goede overgang van de zorg door de verwijzer naar de zorg van GGNet is een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Hierbij moet het voor de patiënt duidelijk zijn waarvoor hij/zij bij wie terecht



kan. Een uitzondering wordt gevormd door de crisis(aanmelding). In dit geval ligt de verantwoordelijkheid voor de patiënt bij de regiebehandelaar in de crisisdienst van GGNet.

## **Door- en terugverwijzing**

Binnen GGNet wordt de patiënt doorverwezen naar een andere zorgaanbieder met een passend zorgaanbod of terugverwezen naar de verwijzer -indien mogelijk met een passend advies- als GGNet geen passend aanbod heeft op de zorgvraag van de patiënt.

## **15. Indicatiestelling**

### **Intake**

- De intake bestaat uit één of meerdere gesprekken. Daar kunnen ook zorg- of hulpverleners uit andere organisaties bij betrokken zijn. Er wordt nagegaan GGNet een effectief en doelmatig aanbod heeft dat aansluit op de zorgbehoefte, wensen en mogelijkheden van de patiënt. Daarbij wordt ook gekeken naar andere mogelijke oplossingen binnen het eigen netwerk van de patiënt, binnen het sociaal domein en of bij andere zorg- en hulpverleners.
- Als GGNet geen passend zorgaanbod heeft, is de regiebehandelaar ervoor verantwoordelijk dat de patiënt terugverwezen wordt naar de verwijzer. De regiebehandelaar geeft zo mogelijk een advies waar de patiënt een beter passend aanbod kan ontvangen.
- Als tijdens de intake blijkt dat de behandeling in de ggz toch niet passend is, wordt de patiënt intern doorverwezen of terugverwezen naar de huisarts, afhankelijk van de uitkomst van de intake.

Bij de start van de intake wordt vastgelegd wie de regiebehandelaar is voor de patiënt en als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen intake en aanvang van de behandeling. Mogelijk kan deze laatste taak worden overgenomen door de coördinerend behandelaar als deze al bekend is.

### **Aandachtspunten:**

- De keuze voor de regiebehandelaar wordt in overleg met de patiënt gemaakt. Op het moment dat er feitelijk geen keuzemogelijkheid is voor de patiënt wordt dit expliciet aangegeven en wordt de patiënt gevraagd of hij instemt met de voorgestelde regiebehandelaar. Dit wordt vastgelegd in het dossier van de patiënt.
- Patiënt en regiebehandelaar spreken af welke mogelijkheden er zijn in de periode voorafgaand aan de start van de behandeling en wat een patiënt kan doen als de toestand van de patiënt verslechtert. De regiebehandelaar zorgt ervoor dat de afspraken hierover in het dossier van de patiënt worden vastgelegd.
- Het is mogelijk dat na de triage en voor de start van de intake een telefonische screening plaatsvindt. Dit is een diagnostisch contact. Er is dan een regiebehandelaar bekend die aanspreekpunt is voor de patiënt.

### **Diagnostiek:**

Er wordt een diagnose gesteld. Dit betekent dat met de patiënt samen een analyse wordt gemaakt van de problematiek, zijn of haar mogelijkheden en de beperkingen. Vaak is de diagnose in de intakefase al bekend. Soms is echter aanvullend diagnostisch onderzoek nodig.

### **Aandachtspunten:**

- De patiënt wordt geïnformeerd over wat het betekent om deze diagnose te hebben. Hij krijgt een heldere omschrijving van alle behandel mogelijkheden, doelen, de kans op succes en de mogelijke risico's en neveneffecten van de verschillende behandelingen.
- De patiënt heeft altijd de mogelijkheid een andere zorgverlener te consulteren als de patiënt dat wenst. De patiënt wordt op deze mogelijkheid gewezen.



- De verwijzer wordt schriftelijk op de hoogte gesteld van het vastgestelde behandelbeleid, tenzij de patiënt dit niet wil.

## 16. Behandeling en begeleiding

### 16a. Het behandelplan wordt als volgt opgesteld:

De regiebehandelaar heeft in de intake en diagnostiekfase in nauw overleg met de patiënt een voorstel voor een behandelplan opgesteld. Eventueel wordt dit plan in deze fase verder uitgewerkt. Na bespreking in het behandelteam en met instemming van de patiënt wordt het definitieve behandelplan door de regiebehandelaar vastgesteld en in het dossier van de patiënt opgenomen. Tijdens deze bespreking wordt vastgesteld wie in deze fase de regiebehandelaar is. Het is ook mogelijk dat de regiebehandelaar taken delegeert aan een coördinerend behandelaar en/of medebehandelaar. Dit wordt altijd overlegd met de patiënt.

Aandachtspunten:

- Er wordt aandacht besteed aan de vraag in welke mate de patiënt zijn familie/naaste wil betrekken bij de behandeling en op welke wijze. Afspraken hierover worden opgenomen in het behandelplan.
- De patiënt heeft het behandelplan altijd tot zijn of haar beschikking via het elektronisch patiëntendossier, Karify of ontvangt het in papieren vorm.
- De regiebehandelaar evalueert op basis van gelijkwaardigheid met de patiënt (shared decision making), conform de periode zoals vastgelegd in het behandelplan, de voortgang en gaat samen met de patiënt na of de doelen zijn gehaald. De vraag of de zorg op- of afgeschaald moet worden, is een vast onderdeel van deze evaluatie.
- Als de patiënt ermee instemt:
  - ontvangt de huisarts bij grote wijzigingen in het behandelplan hierover schriftelijk bericht.
  - ontvangt de huisarts minimaal 1 x per jaar een stand van zaken brief over de voortgang van de behandeling van de patiënt.

### 16b. Het centraal aanspreekpunt voor de patiënt tijdens de behandeling is de Regiebehandelaar. De coördinerend behandelaar kan eerste aanspreekpunt zijn voor praktische zaken:

Het is voor de patiënt 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 regiebehandelaar.

De regiebehandelaar heeft als centraal aanspreekpunt de volgende taken:

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

De regiebehandelaar kan taken delegeren aan een coördinerend behandelaar. Naast de coördinatie van zorg wordt de coördinerend behandelaar dan ook eerste aanspreekpunt die voor dagelijkse dingen



en praktische zaken gemakkelijk bereikbaar is. De regiebehandelaar blijft wel altijd eerstverantwoordelijke voor het behandelbeleid. De coördinerend behandelaar stemt af met de regiebehandelaar als dat nodig is.

De coördinerend behandelaar heeft als eerste aanspreekpunt voor praktische zaken de volgende taken:

- Fungeren als eerste aanspreekpunt voor de patiënt bij praktische vragen of verzoeken
- Fungeren als eerste aanspreekpunt voor andere zorgverleners buiten het directe behandelteam voor praktische vragen of verzoeken
- Regelmatig en tussentijds met de patiënt reflecteren over het beloop van de behandeling

### **16c. De voortgang van de behandeling wordt binnen GGNet als volgt gemonitord:**

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

### **16d. Binnen GGNet reflecteert de regiebehandelaar samen met de patiënt en eventueel zijn naasten de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling als volgt:**

De effectiviteit van de behandeling wordt gemeten. De frequentie hiervan is stoornis- en patiënt afhankelijk. Behandelingen worden afgesloten op moment dat de doelen zijn behaald dan wel er onvoldoende gezondheidswinst met verdere behandeling kan worden behaald binnen GGNet. De vraag of het behandeldoel (en) is/zijn bereikt wordt door patiënt en regiebehandelaar beantwoord aan de hand van:

- a. Het oordeel van de patiënt en/of systeem.
- b. Het klinisch oordeel van de behandelaar.
- c. ROM en/of andere vragenlijsten

### **16e. De tevredenheid van patiënten wordt binnen GGNet op de volgende manier gemeten:**

De ervaring van patiënten van GGNet wordt gemonitord binnen de basis GGZ (Bas), de specialistische ambulante GGZ en de klinische GGZ via gevalideerde vragenlijsten die op het moment van afsluiten van zorg worden ingevuld.

Daarnaast worden op diverse locaties korte vragen voorgelegd aan patiënten en naasten om snelle verbeteracties op basis van tips en feedback van hen te kunnen doorvoeren.

## **17. Afsluiting/nazorg**

### **17a. De resultaten van de behandeling en begeleiding en de mogelijke vervolgstappen worden als volgt met de patiënten diens verwijzer besproken:**

Op grond van de evaluatie van de behandeling bespreekt de regiebehandelaar met de patiënt de mogelijke vervolgstappen:

- Als patiënt en regiebehandelaar vinden dat de doelen zijn gehaald kan de behandeling beëindigd worden.
- Op het moment dat de doelen deels of niet zijn gehaald volgt er:
  - verlenging van de behandeling of



- herdiagnostiek
- of verwijzing intern dan wel extern
- of stopzetting/afroning van de behandeling
- De keuze voor één van deze opties wordt bepaald op basis van de uitkomsten van het overleg in het behandelteam en aan de hand van het klinisch oordeel, behandel-effectmetingen en/of andere vragenlijsten en het oordeel van de patiënt zelf. Binnen de basis-ggz gebeurt dit ook zo met uitzondering van het overleg in het behandelteam.
- De huisarts wordt geïnformeerd over de uitkomsten van de evaluatie als de patiënt hiermee instemt; bij stopzetting/afroning van de behandeling of bij doorverwijzing naar een andere zorgaanbieder door een afrondingsbrief.

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

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

## Deel IV. Ondertekening

**Naam bestuurder van Stichting GGNet:**

J. Huijser

**Plaats:**

Warnsveld

**Datum:**

**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:**

Ja

**Bij het openbaar maken van het kwaliteitsstatuut voegt de ggz-instelling de volgende bijlagen op de registratiepagina van [www.ggzkwaliteitsstatuut.nl](http://www.ggzkwaliteitsstatuut.nl) toe:**

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