



Kwaliteitsstatuut GGZ Oost Brabant

Vastgesteld in de vergadering
van de Raad van Bestuur van 1 november 2016

Inhoud

I: Algemene informatie	3
Gegevens ggz-aanbieder	3
Beschrijving zorgaanbod en professioneel netwerk	3
Behandelsettingen	3
Structurele samenwerkingspartners	4
II: Organisatie van de zorg	4
Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen	4
Samenwerking.....	4
Dossiervoering en omgang met patiëntengegevens	6
III: Behandeltraject	8
Wachttijd voor intake en behandeling	8
Aanmelding, intake diagnose.....	9
Behandeling	10
Afsluiting/nazorg	14
IV. Ondertekening.....	15

I: Algemene informatie

Gegevens ggz-aanbieder

1. Naam instelling : Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Oost Brabant
Hoofdadres : Kluisstraat 2, 5427 EM Boekel
Contactgegevens Raad van Bestuur
 - Telefoonnummer : 0492 - 84 45 01
 - Bezoekadres : Berlicumseweg 8, 5248 BT Rosmalen
 - E-mailadres : rvb@ggzoostbrabant.nlWebsite : www.ggzoostbrabant.nl
AGB-code(s) : 06291017
KvK-nummer : 41085846

Beschrijving zorgaanbod en professioneel netwerk

2. GGZ Oost Brabant heeft aanbod in de gespecialiseerde ggz.
GGZ Oost Brabant biedt excellente (hoog)specialistische GGZ aan mensen met ernstige psychische of psychiatrische aandoeningen (EPPA). Wij ondersteunen bij herstel en het bevorderen van participatie. Met als doel het bereiken van optimale functionele autonomie en kwaliteit van leven. Dat doen we door persoonsgerichte consultatie, diagnostiek, behandeling en begeleiding te bieden. Kort als het kan, intensief en langdurig als het nodig is. We leveren zorg, die je je eigen familie en naasten gunt, veilig en mensgericht.¹

Behandelsettingen

3. Patiënten kunnen in veel gevallen met hun specialistische, psychische zorgvraag bij GGZ Oost Brabant terecht. We hebben een groot aantal behandelingen en deskundige medewerkers in huis waardoor we patiënten kunnen helpen bij uiteenlopende problemen en aandoeningen. Voor het actuele zorgaanbod wordt verwezen naar de website van GGZ Oost Brabant: www.ggzoostbrabant.nl/clienten/ik-heb-een-zorgvraag.

Voor een overzicht van de inzet van mogelijke regiebehandelaren per behandelsetting, wordt verwezen naar bijlage 1 van het professioneel statuut.

Tevens wordt verwezen naar de zorgpaden die te vinden zijn in het kwaliteitsmanagementsysteem.

¹ Bron: GGZ Oost Brabant, meerjarenstrategie 2016-2020.

Structurele samenwerkingspartners

4. GGZ Oost Brabant werkt ten behoeve van de behandeling van patiënten samen met een groot aantal samenwerkingspartners. Hierbij kan gedacht worden aan huisartsen, algemene ziekenhuizen, zorgaanbieders van generalistische basis-ggz en zorgaanbieders van gespecialiseerde ggz, jeugdzorgaanbieder, verslavingszorgaanbieders, politie, gemeenten, scholen, revalidatiecentra of ouderenzorginstellingen.

Een overzicht van alle structurele samenwerkingspartners van GGZ Oost Brabant kan op verzoek verstrekt worden.

II: Organisatie van de zorg

Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

5. GGZ Oost Brabant ziet er als volgt op toe dat zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn, handelen volgens zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen en hun deskundigheden op peil houden:
 - GGZ Oost Brabant controleert jaarlijks, via het CIBG, alle BIG-registraties van de werkzame zorgverleners die vanwege hun functie BIG-geregistreerd zijn. Tevens wordt bij indiensttreding van een zorgverlener de BIG-registratie gecontroleerd in het BIG-register. Ook wordt bij indiensttreding de VOG gecontroleerd. De VOG en het BIG-registratienummer worden opgenomen in het personeelsdossier.
 - BIG-geregistreerde zorgverleners dienen te voldoen aan de werkervarings- of scholingseis om hun BIG-registratie te behouden.
 - Jeugdzorgwerkers en gedragswetenschappers, werkzaam in de jeugdzorg, hebben zich geregistreerd in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ). HBO-agogen hebben zich voor deze beroepsregistratie voor-aangemeld.
 - Zowel BIG-geregistreerde als niet BIG-geregistreerde zorgverleners zijn verplicht tot het volgen van bijscholing. Het scholingsaanbod wordt opgesteld onder verantwoordelijkheid van de regiegroep Veiligheid (de Geneesheer Directeur), en bestaat onder andere uit Suïcide preventie training, meldcode, DDG en DSM5.
 - GGZ Oost Brabant registreert alle verplichte en niet-verplichte trainingen in het Leermanagementsysteem (LMS-systeem) en rapporteert deze naar de geneesheer-directeur. Deze rapportages worden beschikbaar gesteld aan de leidinggevenden.
 - Er worden interne seminars gehouden om de kennis van zorgverleners actueel te houden. Dit kan zorginhoudelijk zijn, maar bijvoorbeeld ook gaan over wet- en regelgeving.

Samenwerking

6. Binnen GGZ Oost Brabant is het overleg en de informatie-uitwisseling en -overdracht tussen regiebehandelaar en andere betrokken behandelen als volgt geregeld:

- In het professioneel statuut is in artikel 4 en 11 opgenomen dat de zorgverleners binnen GGZ Oost Brabant werkzaam zijn in een multidisciplinair team. De regiebehandelaar laat zich informeren door andere bij de behandeling betrokken zorgverleners, zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt. Tevens treffen de regiebehandelaar en de andere betrokken behandelaren elkaar ten behoeve van periodieke evaluatie van het behandelplan in persoonlijk contact en/of in teamverband, zo mogelijk in aanwezigheid van de patiënt, met de daartoe noodzakelijke frequentie, op geleide van de problematiek/vraagstelling van de patiënt. De verslagen van deze contacten worden vastgelegd in het medisch dossier van een patiënt.
 - Het is per behandelsetting wisselend hoe vaak de regiebehandelaar en de andere betrokken behandelaren bij elkaar komen in een multidisciplinair overleg, maar in het algemeen vindt een multidisciplinair overleg in verschillende vormen eens per week plaats. Een patiënt wordt zo vaak als noodzakelijk is besproken in het multidisciplinaire overleg op geleide van de problematiek/vraagstelling van de patiënt.
7. GGZ Oost Brabant hanteert de volgende procedure voor het op- en afschalen van de zorgverlening naar een volgend respectievelijk voorliggend echelon:
- De keuze om op- of af te schalen is een vast onderdeel van de periodieke behandelevaaluatie. Wanneer uit het gesprek tussen de patiënt en de behandelaar blijkt dat er onvoldoende toegevoegde waarde van de behandeling wordt ervaren, wordt de behandeling bijgesteld, overgedragen of beëindigd. Indien de behandeling wordt bijgesteld, leidt dit tot een hernieuwd behandelplan dat met de patiënt samen wordt opgesteld;
 - Daarnaast heeft GGZ Oost Brabant een proces ‘complexe zorgvraag’, dat te vinden is in het kwaliteitsmanagementsysteem. In dit proces wordt beschreven welke stappen er ondernomen worden bij een patiënt die in zorg is met een complexe zorgvraag.
8. Binnen GGZ Oost Brabant geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de escalatieprocedure zoals die is vastgelegd in artikel 21 van het professioneel statuut. Hierin staat dat bij verschil van mening of inzicht over de indicatiestelling, de wijze waarop de zorg wordt verstrekt, de inhoud van de zorg die wordt geboden of de uitvoering van de behandelingsovereenkomst, de regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem heeft, echter niet eerder dan nadat alle betrokken deskundigen gehoord zijn. Indien een verschil van mening of inzicht niet op deze manier kan worden opgelost, dan is de programmaleider belast met het nemen van die besluiten die nodig zijn om te komen tot een oplossing van het geschil, mits de programmaleider bezit over voldoende (inhoudelijke) expertise om in het geschil een besluit te kunnen nemen. Ontbreekt de programmaleider, treedt deze niet op of zijn er andere redenen die escalatie noodzakelijk maken, dan neemt de directeur behandelzaken deze taak op zich.

Ontbreekt de directeur behandelingen, treedt deze niet of zijn er andere redenen die escalatie noodzakelijk maken, dan is de geneesheer-directeur belast met het nemen van die besluiten die nodig zijn om te komen tot een oplossing van het geschil.

Dossiervoering en omgang met patiëntengegevens

9. GGZ Oost Brabant borgt en bewaakt dat zorgverleners voldoen aan hun wettelijke dossierplicht en toegang hebben tot alle relevante gegevens van de patiënten bij wier behandeling zij betrokken zijn. Dit is op de volgende wijze geborgd:
- Binnen GGZ Oost Brabant geldt de beleidsnotitie 'Toegang tot digitale patiëntendossiers', dat te vinden is in het kwaliteitsmanagementsysteem. Hierin staat beschreven hoe GGZ Oost Brabant heeft geborgd dat uitsluitend de medewerkers die rechtstreeks betrokken zijn bij de behandeling van of zorgverlening aan een patiënt en/of bij de beheersmatige afwikkeling van die behandeling / zorgverlening, toegang krijgen tot gegevens in (gedigitaliseerde) patiëntendossiers, waarbij de toegang beperkt blijft tot de gegevens die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de taken van die medewerker.
 - Daarnaast heeft GGZ Oost Brabant een protocol 'beheer medisch dossier', dat ook te vinden is in het kwaliteitsmanagementsysteem. In dit protocol staat omschreven hoe GGZ Oost Brabant omgaat met het beheer van medische dossiers van patiënten. Hierbij moet gedacht worden aan de regels aangaande het bewaren van medisch dossiers, maar ook aan het op verzoek van een patiënt inzien, kopiëren of vernietigen van (een deel van) het medisch dossier.
 - Op individueel niveau is in artikel 11 van het professioneel statuut vastgelegd dat de regiebehandelaar erop toeziet dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. De behandelaar en andere hulpverleners hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering, waarbij de 'Top 10 dossiervoering' dient te worden nageleefd. Dit document is te vinden in het kwaliteitsmanagementsysteem.
 - Daarnaast zijn de directeuren behandelingen in de lijn verantwoordelijk voor het houden van toezicht op het maken van aantekeningen in de medische dossiers van de geestelijke en lichamelijke toestand van de patiënt, de op hem toegepaste behandeling en de effecten daarvan. Deze toezichthoudende taak geldt voor de gehele dossiervorming en heeft betrekking op alle patiënten die aan de zorg van de instelling zijn toevertrouwd.
De directeuren behandelingen zijn in dit kader bevoegd bij constatering van gebreken in de dossiervorming in overleg te treden met de leidinggevende van de betreffende eenheid waar de gebrekkige dossiervorming is geconstateerd, die vervolgens maatregelen neemt om de aangegeven gebreken in de dossiervorming op te heffen. Deze taak en bevoegdheden zijn terug te vinden in het document 'positie en taak directeur behandelingen'. Dit document is te vinden in het kwaliteitsmanagementsysteem.
 - Als laatste is een zorgvuldige dossiervoering ook onderwerp van externe audits. In het kader van de externe kwaliteitsaudit wordt gekeken of het medisch dossier is

opgesteld conform de professionele standaarden en wet- en regelgeving, dit enkel nadat de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven.

10. GGZ Oost Brabant handelt bij de overdracht van informatie over patiënten naar de verwijzer en andere zorgverleners als volgt:
 - Met het oog op de kwaliteit en continuïteit van zorg stelt GGZ Oost Brabant de huisarts dan wel verwijzer van die behandeling op de hoogte. GGZ Oost Brabant mag deze informatie met toestemming van de patiënt aan de huisarts of verwijzer verstrekken. In veel gevallen kan de toestemming van de patiënt hiervoor worden verondersteld. Kan de toestemming van de patiënt niet verondersteld worden, dan is expliciete instemming noodzakelijk voordat informatie uitgewisseld kan worden. GGZ Oost Brabant vraagt waar mogelijk voorafgaand aan de behandeling toestemming van de patiënt voor het delen van informatie met onder andere de huisarts of verwijzer;
 - Bij andere zorgverleners die niet rechtstreeks bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn is, behoudens wettelijke uitzonderingen, altijd toestemming van de patiënt nodig voordat informatie kan worden uitgewisseld.

11. In situaties waarin het beroepsgeheim mogelijk doorbroken wordt, handelt GGZ Oost Brabant in alle gevallen conform wet- en regelgeving en de professionele standaarden. In de volgende situaties wordt als volgt gehandeld:
 - Indien er sprake is van een conflict van plichten, worden de 'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens van de KNMG gevolgd.
 - Indien er sprake is van (een vermoeden van) huiselijk geweld of kindermishandeling, wordt de meldcode 'Huiselijk geweld en kindermishandeling' gevolgd van GGZ Oost Brabant die is opgenomen in het kwaliteitsmanagementsysteem, en wordt het daarin beschreven stappenplan toegepast. GGZ Oost Brabant heeft per regio samen met ketenpartners een consultatieteam huiselijk geweld en kindermishandeling, die advies geven aan zorgverleners over hoe zij dienen te handelen bij (een vermoeden van) huiselijk geweld of kindermishandeling.
 - Indien door een zorgverzekeraar aan GGZ Oost Brabant gevraagd wordt om medewerking te verlenen aan inzage in medische dossiers in het kader van een controle op gedeclareerde zorg die een zorgverzekeraar uitvoert, handelt GGZ Oost Brabant hierbij overeenkomstig wet- en regelgeving en het Stappenplan van de KNMG'.² Dit betekent dat GGZ Oost Brabant ook nagaat of de zorgverzekeraar aan de wet voldoet;

² KNMG, *Medewerkingsplicht artsen aan inzage in patiëntendossiers door zorgverzekeraars bij controle op gedeclareerde zorg*, 2011.

- Indien de patiënt zijn of haar diagnose niet kenbaar wil maken aan de zorgverzekeraar, wordt de patiënt op de mogelijkheid gewezen om, samen met GGZ Oost Brabant, een privacyverklaring in te vullen ten behoeve van de zorgverzekeraar. In dit kader wordt ook gewezen op het schema 'Gegevensverstrekking secretariaten/recepties' en het schema 'Gegevensverstrekking hulpverleners', die in het kwaliteitsmanagementsysteem zijn opgenomen.
12. GGZ Oost Brabant levert ROM-gegevens aan bij de Stichting Benchmark GGZ (SBG) op geaggregeerd niveau ten behoeve van benchmarking.
13. GGZ Oost Brabant biedt patiënten verschillende mogelijkheden om eventuele klachten te laten behandelen.
- Een patiënt kan zijn of haar klacht bespreken met de direct betrokken behandelaar(s) of begeleider(s). Als een dergelijk gesprek niet tot een bevredigende oplossing voor de klager leidt, dan kan deze de klacht voorleggen aan de afdelingsleiding of aan de directie. Een patiënt kan zich ook, liefst schriftelijk, met een klacht wenden tot de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur kan dan de klacht voor verdere behandeling doorgeleiden naar daarvoor geëigende lijnfunctionarissen of naar de geneesheer-directeur, die namens de Raad van Bestuur ook klachten van cliënten behandelen.
- Een patiënt kan ook kiezen voor een behandeling van zijn klacht door de onafhankelijke klachtencommissie van GGZ Oost Brabant. Meer informatie over de Klachtencommissie is te vinden op www.ggzooostbrabant.nl/kwaliteit-van-zorg/klachtencommissie. Op deze pagina kunnen patiënten ook het klachtenformulier en de klachtenregeling downloaden. Het staat een patiënt vrij om die weg te kiezen voor de behandeling van zijn klacht die hem het beste lijkt.
- Indien de patiënt dit wenst, kan hij of zij ook contact opnemen met de klachtenfunctionaris, die de patiënt op diens verzoek gratis van advies dient met betrekking tot de indiening van een klacht en de patiënt bijstaat bij het formuleren van de klacht en het onderzoeken van de mogelijkheden om tot een oplossing voor de klacht te komen.

III: Behandeltraject

Wachttijd voor intake en behandeling

14. Patiënten kunnen informatie over wachttijden voor intake en behandeling vinden op www.ggzooostbrabant.nl/professionals/wachttijden. Tevens kunnen patiënten bellen naar GGZ Oost Brabant om de actuele wachttijd op te vragen.

Wanneer intake of behandeling niet binnen de gestelde normen kan aanvangen, stelt GGZ Oost Brabant de patiënt hiervan op de hoogte.³

Aanmelding, intake diagnose

15. De reguliere aanmeldprocedure is binnen GGZ Oost Brabant als volgt geregeld:
De verantwoordelijkheden en taken bij de aanmeldprocedure en intake zijn beschreven in artikelen 13 tot en met 15 van het professioneel statuut van GGZ Oost Brabant. Hierin staat beschreven dat GGZ Oost Brabant een functionaris⁴ aanwijst die de aanmelding beoordeelt, waarin vier zaken worden geregeld:
1. Is er sprake van een hulpvraag die past binnen het werkkterrein van GGZ Oost Brabant?
Indien dit niet het geval is, dan regelt de functionaris de terug- of doorverwijzing
Indien dit wel het geval is, dan volgt er een besluit over de aanmelding;
 2. Op welke termijn is de intake aangewezen?
 3. Welke hulpverlener voert de intake uit?
 4. De functionaris wijst een regiebehandelaar aan.

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de intake en het nemen van een indicatiebesluit. Onder indicatie moet worden verstaan: de vaststelling op welke zorg een patiënt in een bepaalde fase van zijn contact met GGZ Oost Brabant recht heeft. Als delen van het intakeproces door anderen dan de regiebehandelaar worden verricht, moet de regiebehandelaar via direct contact (ook beeldbellen) met de patiënt bij de beoordeling betrokken zijn.

Deze regiebehandelaar blijft verantwoordelijk totdat hij de zorg over een patiënt aan een andere regiebehandelaar heeft overgedragen. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de patiënt en fungeert als aanspreekpunt. Er wordt met de patiënt besproken hoe er gehandeld dient te worden als in deze periode de toestand van de patiënt verslechtert.

Als in het proces van afweging, om te komen tot een definitief indicatiebesluit, een behandelplan wordt overwogen waarin een behandeling in deeltijd dan wel een klinische opname is vervat, dan neemt de regiebehandelaar die belast is met het nemen van het indicatiebesluit, dit besluit in overleg met de hiertoe aangewezen regiebehandelaar van de beoogde setting van deeltijd of klinische opname.

Hierop volgt de diagnostiekfase waarin tot een diagnose wordt gekomen. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het (doen) vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt ook daadwerkelijk is (mede)beoordeeld door de regiebehandelaar via direct contact

³ GGZ Oost Brabant hanteert hierbij als norm de landelijk vastgestelde 'Treeknormen'.

⁴ Deze functionaris is bij voorkeur een psychiater of klinisch psycholoog, maar in ieder geval een regiebehandelaar.

met de patiënt. Afhankelijk van de problematiek en de situatie van de patiënt kan deze diagnostiekfase kort zijn en bestaan uit één intakecontact, of langer zijn en bestaan uit meerdere intakecontacten en/of diagnostische onderzoeken.

Het is mogelijk dat delen van het diagnostische proces door anderen dan de regiebehandelaar worden verricht. De patiënt 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 overlegt deze wens met de regiebehandelaar.

De regiebehandelaar is in de diagnostiekfase het aanspreekpunt van de patiënt.

Na de intake wordt een brief naar de huisarts (of andere verwijzer) verstuurd waarin de huisarts geïnformeerd wordt over het de intake en eventueel het in te zetten beleid, tenzij de patiënt hiertegen bezwaar maakt.

Mocht de patiënt niet direct na diagnostiek in behandeling worden genomen, dan is de regiebehandelaar van de diagnostiekfase de eerstverantwoordelijke voor de zorg van de patiënt.

Voor de geldende procedure ingeval van crisis wordt verwezen naar de notitie 'Uniformering Crisisdiensten GGZ Oost Brabant'.

16. Binnen GGZ Oost Brabant wordt de patiënt terugverwezen naar de verwijzer - indien mogelijk met een passend advies - indien GGZ Oost Brabant geen passend aanbod heeft op de zorgvraag van de patiënt.

Behandeling

17. Het behandelplan wordt als volgt opgesteld:

Aan het einde van de diagnostiekfase volgt het adviesgesprek. Hierin krijgt de patiënt een heldere omschrijving van de relevante zorgopties, de doelen waaraan gewerkt kan worden, het te verwachten effect van de behandeling en de mogelijke risico's en neveneffecten (zoals pijn, hinder of sociale gevolgen) mede aan de hand van eventueel eerdere ervaringen van de patiënt. Samen met de patiënt en eventueel zijn naasten, wordt dit alles besproken en worden samen keuzes gemaakt voor de invulling van de behandeling. Daarnaast wordt besproken of de patiënt akkoord is met de toegewezen regiebehandelaar, of dat een andere regiebehandelaar is gewenst. De gemaakte keuzes worden vervolgens vastgelegd in een behandelplan.

De regiebehandelaar stelt in overeenstemming met de professionele standaard samen met de patiënt en eventueel zijn naasten, een behandelplan op. Het behandelplan bevat in ieder geval:

- a. de doelen met betrekking tot de zorg voor een bepaalde (te evalueren) periode gesteld, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de patiënt;
- b. de wijze waarop de zorgverlener en de patiënt de gestelde doelen trachten te bereiken;

- c. wie voor de verschillende onderdelen van de zorg verantwoordelijk is en op welke wijze afstemming plaatsvindt tussen meerdere zorgverleners, en wie de patiënt op die afstemming kan aanspreken (de regiebehandelaar).
- d. De uiteindelijke keuze voor een regiebehandelaar wordt gemaakt in overleg met de patiënt of diens vertegenwoordiger en vastgelegd in het behandelplan.

De patiënt kan wijzigingen op het behandelplan voorstellen.

Uiterlijk binnen 6 weken na de start van de behandeling wordt het behandelplan door de regiebehandelaar vastgesteld, nadat instemming van de patiënt of diens vertegenwoordiger is verkregen op basis van het voorgestelde behandelplan.

Dit betekent ook dat de regiebehandelaar de patiënt via een direct contact bij het adviesgesprek heeft gezien.

De (voortgang van de) behandeling wordt besproken in het MDO. De frequentie van bespreking in het MDO is afhankelijk van de voortgang (bij moeizame voortgang gebeurt dit frequenter dan bij vlotte voortgang) en is afhankelijk van de aard van de problematiek maar dit gebeurt minimaal eens per jaar. In het behandelplan wordt vastgelegd welke periode voor evaluatie in principe wordt gehanteerd.

Er is altijd een psychiater of klinisch psycholoog lid van een multidisciplinair team

Wanneer er verschillende zorgaanbieders gelijktijdig bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn/er sprake is van ketenzorg, is samenwerking van belang. Dit vereist instemming van de patiënt. Afspraken hierover worden opgenomen in het behandelplan.

Het behandelplan blijft gedurende de behandeling ter beschikking van de patiënt; patiënt heeft te allen tijde recht op inzage en kan een kopie krijgen.

Waar nodig maakt de behandelaar afspraken met de patiënt op welke manier de patiënt of zijn naasten kunnen handelen bij een crisis. De patiënt wordt geïnformeerd op welke manier voor waarneming tijdens afwezigheid van de regiebehandelaar wordt zorggedragen.

18. Het aanspreekpunt voor de patiënt tijdens de behandeling is de regiebehandelaar. De regiebehandelaar is de behandelaar die, naast de zorg die hij als hulpverlener ten opzichte van de patiënt en diens naasten heeft te betrachten, belast is met de totale regie van de behandeling van de patiënt door hemzelf en andere hulpverleners tijdens het gehele behandelingstraject. De regiebehandelaar coördineert de afstemming tussen alle betrokken zorgverleners en is verantwoordelijk voor de integraliteit van de behandeling. De regiebehandelaar is een BIG-geregistreeerde hulpverlener die bevoegd en bekwaam is om patiënten te classificeren volgens de systematiek van de DSM-IV-TR/DSM-5. De regiebehandelaar moet bekwaam zijn en functioneren in een gestructureerd multidisciplinair overleg. De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling en is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en zijn naasten en/of de wettelijk vertegenwoordiger.

Vanwege het belang van de continuïteit van zorg is de wisseling van regiebehandelaar in beginsel ongewenst.

De overige taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar zijn:

1. De regiebehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de andere betrokken zorgverleners in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn.
2. De regiebehandelaar ziet er op toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Andere betrokken zorgverleners hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering.
3. De regiebehandelaar laat zich informeren door de andere bij de behandeling betrokken zorgverleners, zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt. De regiebehandelaar toetst of de activiteiten van anderen bijdragen aan de behandeling van de patiënt en passen binnen het door de regiebehandelaar in overleg met de patiënt vastgestelde behandelplan.
4. De regiebehandelaar en de andere betrokken behandelaren treffen elkaar ten behoeve van periodieke evaluatie van het behandelplan in persoonlijk contact en/of in teamverband, zo mogelijk in aanwezigheid van de patiënt, met de daartoe noodzakelijke frequentie (ook teleconferencing), op geleide van de problematiek/vraagstelling van de patiënt.
5. De regiebehandelaar draagt zorg voor goede communicatie met de patiënt en dienst naasten (indien van toepassing en indien toestemming hiervoor is verkregen) over het beloop van de behandeling.

Daarnaast gelden de volgende specifieke taken voor de regiebehandelaar binnen de gespecialiseerde ggz:

- a. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het intakeproces, draagt zorg voor het (doen) stellen van de diagnose en stelt samen met de patiënt een (voorlopig) behandelvoorstel op. De regiebehandelaar heeft hiervoor direct contact (ook beeldbellen) met de patiënt.
- b. Blijkt tijdens de intake alsnog dat behandeling in de gespecialiseerde ggz niet is aangewezen, dan draagt de regiebehandelaar er zorg voor dat de patiënt wordt doorverwezen naar de generalistische basis-ggz of wordt terugverwezen naar de huisarts.
- c. Als delen van het intake-/diagnostisch proces door anderen dan de regiebehandelaar worden verricht, moet de regiebehandelaar via direct contact (ook beeldbellen) met de patiënt bij de beoordeling betrokken zijn.
- d. Indien de regiebehandelaar een ander is dan een psychiater of klinisch psycholoog, draagt de regiebehandelaar er zorg voor dat de intakegegevens en het (voorlopig) behandelvoorstel worden besproken in het multidisciplinaire team.

- e. De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat besluitvorming op cruciale momenten in de behandeling plaatsvindt en in het multidisciplinaire team wordt afgestemd en getoetst. Dit is altijd, maar niet limitatief: wijziging behandelplan, ontslag, (dreigende) crisis. De regiebehandelaar ziet er tevens op toe dat de patiënt hierbij betrokken is en dat de beslissing met betrekking tot het beleid wordt vastgelegd.

Naast de regiebehandelaar is er sprake van een behandelaar.

De behandelaar heeft een CONO-geregistreerd beroep en wordt door de regiebehandelaar gevraagd om een bijdrage aan de medisch- specialistische zorg te verlenen, zoals ook wordt opgenomen in het individuele behandelplan. Een behandelaar is een medisch specialist, of een andere zorgprofessional die in medebehandeling wordt gevraagd door de regiebehandelaar.

Daarnaast gelden de volgende specifieke taken voor de behandelaar binnen de gespecialiseerde ggz:

- De behandelaar geeft binnen het kader van het behandelplan zelfstandig uitvoering aan (delen van) het behandelplan;
- De behandelaar is verantwoordelijk voor het eigen handelen;
- De behandelaar voorziet de regiebehandelaar regelmatig en op tijd van relevante informatie, zodat deze zijn verantwoordelijkheden kan waarmaken;
- Hij volgt aanwijzingen van de regiebehandelaar op voor zover deze verenigbaar zijn met zijn/haar eigen deskundige oordeel en meldt expliciet bij de regiebehandelaar wanneer hij geen gevolg geeft aan diens aanwijzingen;
- Bij afsluiting van zijn deel van de behandeling stelt hij de regiebehandelaar daarvan in kennis.

Voor meer informatie over de regiebehandelaar, behandelaar, consultant en overige zorgverleners, wordt verwezen naar artikelen 10, 11 en 11a van het professioneel statuut, en bijlage 1.

19. Binnen GGZ Oost Brabant evalueert de regiebehandelaar samen met de patiënt en eventueel zijn naasten de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling. Tevens wordt de voortgang van de behandeling binnen GGZ Oost Brabant als volgt gemonitord: Bij het eerste gesprek van de patiënt (veelal het intakegesprek) wordt gestart met een ROM-meting die, aanvullend aan dit gesprek, de problematiek in kaart brengt. De ROM-meting wordt naast de klinische blik van de behandelaar gebruikt als een evaluatie-instrument. Tijdens de behandeling wordt regelmatig door de regiebehandelaar en behandelaren de behandeling geëvalueerd waarbij een ROM-meting kan worden gebruikt. Daarnaast wordt de voortgang van de behandeling geëvalueerd in het MDO. De frequentie van bespreking in het MDO is afhankelijk van de voortgang (bij moeizame voortgang gebeurt dit frequenter dan bij vlotte voortgang) en is afhankelijk van de aard van de problematiek maar dit gebeurt minimaal eens per jaar. In het behandelplan wordt vastgelegd welke periode voor evaluatie

in principe wordt gehanteerd.

De keuze om op- of af te schalen is een vast onderdeel van de periodieke behandelbeoordeling. Wanneer uit het gesprek tussen de patiënt en de behandelaar blijkt dat er onvoldoende toegevoegde waarde van de behandeling wordt ervaren, wordt de behandeling bijgesteld, overgedragen of beëindigd.

Indien de behandeling wordt bijgesteld, leidt dit tot een hernieuwd behandelplan dat met de patiënt samen wordt opgesteld.

20. De tevredenheid van patiënten wordt binnen GGZ Oost Brabant op de volgende manier gemeten:

Patiënten krijgen tijdens de behandeling een vragenlijst toegestuurd waarin hun tevredenheid wordt bevraagd over alle aspecten van hun behandeling (en eventueel verblijf) bij GGZ Oost Brabant. De resultaten van die lijsten worden besproken in de teams en daarmee wordt de kwaliteit van de zorg verbeterd.

Daarnaast wordt door de behandelaar gevraagd naar de tevredenheid van de patiënt over de behandeling en zo nodig worden er aanpassingen in de behandeling gedaan.

Afsluiting/nazorg

21. De resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen worden als volgt met de patiënt en diens verwijzer besproken.

De verwijzer wordt na de intake en tijdens de behandeling periodiek op de hoogte gesteld van de voortgang door middel van een brief, tenzij de patiënt hiertegen bezwaar maakt. Bij afsluiting of terugverwijzing wordt indien relevant hierin een advies gegeven voor verdere nazorg/opvolging van de zorg.

De verwijzer wordt hiervan in kennis gesteld middels een afrondingsbrief, tenzij de patiënt hiertegen bezwaar maakt. De vervolgbehandelaar wordt, indien relevant, in kennis gesteld van het verloop van de behandeling en de behaalde resultaten voorzien van het vervolgadvis, tenzij de patiënt hier bezwaar tegen maakt. Een afschrift van de afrondingsbrief volstaat hierin.

Eventueel worden ook de naasten van de patiënt geïnformeerd als de zorg wordt afgesloten.

De regiebehandelaar autoriseert de beëindiging van de diagnose behandelcombinatie (dbc) conform de NZa-regelgeving.

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

De patiënt neemt dan contact op met de huisarts, die zal dan een (spoed)verwijzing doen naar de ggz. In geval van een terugkerende patiënt vindt een verkort intake-traject plaats.

In geval van een crisis, wordt de patiënt binnen 24 uur nadat deze contact opneemt, worden gezien door de ggz.

IV. Ondertekening

23. Dit kwaliteitsstatuut is naar waarheid ingevuld. Door ondertekening van het kwaliteitsstatuut verklaart GGZ Oost Brabant de in dit statuut opgenomen normen in acht te nemen.

Plaats

Datum

Naam en functie ondertekenaar

Handtekening

Bij het openbaar maken van het kwaliteitsstatuut voegt GGZ Oost Brabant de volgende bijlagen toe:

- Een afschrift/kopie van het binnen GGZ Oost Brabant geldende kwaliteitscertificaat (HKZ/NIAZ/JCI en/of ander keurmerk);
- Een kopie van de overeenkomst met SBG voor aanlevering van ROM-gegevens;
- De algemene leveringsvoorwaarden;
- Het binnen GGZ Oost Brabant geldende professioneel statuut, waar de genoemde escalatieprocedure in is opgenomen.