

Goedgekeurd kwaliteitsstatuut ggz - Instelling format C

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

I. Algemene informatie

1. Gegevens ggz-aanbieder

Naam instelling zoals bekend bij KVK: 's Heeren Loo Zorggroep

Hoofd postadres straat en huisnummer: Berkenweg 11

Hoofd postadres postcode en plaats: 3818LA Amersfoort

Website: www.sheerenloo.nl

KvK nummer: 41190166

AGB-code 1: 22221065

2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt

Naam: Cor Knoop

E-mailadres: cor.knoop@sheerenloo.nl

Tweede e-mailadres

Telefoonnummer: 0620518661

3. Onze locaties vindt u hier

Link: <https://www.sheerenloo.nl/behandeling/hulp-bij-psychische-problemen>

4. Beschrijving aandachtsgebieden/zorgaanbod:

4a. 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.:

's Heeren Loo (sHL) biedt, naast haar zorgaanbod voor mensen met een (verstandelijke) beperking, poliklinisch GGZ-behandeling vanuit een aantal poliklinieken. Van lichte tot zware problematiek. We richten ons primair op jeugd en volwassenen met (vermoeden van) LVB-GGZ problematiek.

Alleen in uitzonderlijke gevallen bieden we ook GGZ-behandeling aan mensen zonder (vermoeden van) LVB. Bijvoorbeeld als de cliënt baat heeft bij onze aanpak. Denk aan mensen met een autistische stoornis. Of mensen die op basis van (tijdelijk) verminderd adaptief functioneren baat hebben bij ons behandelaanbod.

Wij werken systeemgericht en betrekken, in overleg met de cliënt, relevante naasten bij de behandeling. Vergeleken met de reguliere GGZ is het in onze zorgverlening (gericht op LVB-GGZ) nog belangrijker om het primaire netwerk (actief) te betrekken bij de behandeling. Onze diensten zijn op maat, zo dicht mogelijk bij huis en we werken multidisciplinair. Blended care behoort tot de mogelijkheden.

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

Aandachtstekort- en gedrags

Pervasief

Overige kindertijd

Delirium, dementie en overig

Schizofrenie

Depressie

Bipolair en overig

Angst

Restgroep diagnoses

Dissociatieve stoornissen

Genderidentiteitsstoornissen

Psychische stoornissen door een somatische aandoening

Seksuele problemen

Slaapstoornissen

Persoonlijkheid

Somatoform

4c. Biedt uw organisatie hoogspecialistische ggz (3e lijns ggz):

Nee

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

Mensen met een (licht) verstandelijke beperking

5. Beschrijving professioneel netwerk:

Er zijn (regionale) netwerken voor de samenwerking met specialisten, huisartsen/POH, gecertificeerde instellingen, ziekenhuizen en collega's in elke regio. De professionals weten elkaar goed op inhoud te vinden.

6. Onze instelling biedt zorg aan in:

Omdat in het Zorgprestatie model nog wordt gewerkt met een onderscheid in basis- en specialistische ggz wordt tijdelijk deze vraag ook opgenomen in het kwaliteitsstatuut. Dit onderscheid zal in de toekomst vervallen en dan blijft uitsluitend de indeling in categorieën over.

6a. 's Heeren Loo Zorggroep heeft aanbod in:

de generalistische basis-ggz:

Conform Veldafpraak 'Tijdelijke invulling regiebehandelaarschap in 2022':

Voor ggz-instellingen (sectie III, zorgprestatie model setting 2 en hoger) geldt de volgende mogelijke inzet van regiebehandelaren in de generalistische basis ggz:

- GZ-psycholoog
- Klinisch psycholoog /klinisch neuropsycholoog
- Psychotherapeut
- Verpleegkundig specialist ggz
- Specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater: voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd met een GGZ hoofddiagnose
- Verslavingsarts KNMG: indien de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek betreft
- Orthopedagoog-generalist: voor diagnostiek, behandeling en geneeskundige begeleiding van patiënten in een (complexe) persoonlijke afhankelijkheidsrelatie met (complexe) leer-, gedrags- of ontwikkelingsproblemen, als deze ten laste van de Zw-gefinancierde geneeskundige ggz of forensische zorg komen. Het merendeel van de patiënten die ten laste van de Zw of Wfz komen zijn jongvolwassenen en patiënten met bijkomende verstandelijke beperkingen.
- Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige: in de coördinerende rol in de chronische basis-ggz (zorgprestatie model setting ambulante sectie III – monodisciplinair); stelt niet de psychiatrische diagnose, noch de medische indicatie. Stelt niet het initiële behandelplan op, maar kan deze wel op meer gedetailleerd niveau uitwerken vanuit de sociaal psychiatrisch verpleegkundige diagnostiek en behandeling.

de gespecialiseerde-ggz:

Conform Veldafpraak 'Tijdelijke invulling regiebehandelaarschap in 2022':

Voor ggz-instellingen (sectie III, zorgprestatie model setting 2 en hoger) geldt de volgende mogelijke inzet van regiebehandelaren in de gespecialiseerde ggz:

- Psychiater
- Klinisch psycholoog
- Verslavingsarts KNMG: indien de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek betreft
- Specialist ouderengeneeskunde of Klinisch geriater: voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd met een GGZ hoofddiagnose
- Psychotherapeut
- Klinisch neuropsycholoog
- GZ-psycholoog
- Verpleegkundig specialist ggz
- Physician Assistant: Indien dit behoort tot het deskundigheidsgebied GGZ van de Physician Assistant. Er is sprake van somatische problematiek, die in relatie staat tot de psychiatrische problematiek binnen een multidisciplinaire setting. Gezien het deskundigheidsgebied van de Physician Assistant is hij/zij werkzaam binnen een samenwerkingsverband waar tenminste één psychiater deel van uitmaakt.
- Orthopedagoog-generalist: voor diagnostiek, behandeling en geneeskundige begeleiding van patiënten in een (complexe) persoonlijke afhankelijkheidsrelatie met (complexe) leer-, gedrags- of ontwikkelingsproblemen, als deze ten laste van de Zvw-gefinancierde geneeskundige ggz of forensische zorg komen. Het merendeel van de patiënten die ten laste van de Zvw of Wfz komen zijn jongvolwassenen en patiënten met bijkomende verstandelijke beperkingen.
- Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige: in de coördinerende rol in de zorgprestatie model setting outreachend; stelt niet de psychiatrische diagnose, noch de medische indicatie. Stelt niet het initiële behandelplan op, maar kan deze wel op meer gedetailleerd niveau uitwerken vanuit de sociaal psychiatrisch verpleegkundige diagnostiek en behandeling.

6b. 's Heeren Loo Zorggroep heeft aanbod in de categorieën van complexiteit van situatie:

Categorie A Indicerend regiebehandelaar:

Zie hierboven 6A.

Categorie A Coördinerend regiebehandelaar:

Zie hierboven 6A.

Categorie B Indicerend regiebehandelaar:

Zie hierboven 6A.

Categorie B Coördinerend regiebehandelaar:

Zie hierboven 6A.

7. Structurele samenwerkingspartners

's Heeren Loo Zorggroep werkt ten behoeve van de behandeling en begeleiding van patiënten/cliënten samen met (beschrijf de functie van het samenwerkingsverband en wie daarin participeren (vermeldt hierbij NAW-gegevens en website)):

Waar nodig werken wij regionaal en/of landelijk samen met andere organisaties als: zorginstellingen (o.a. GGZ- en Verslavingszorginstellingen), huisartsen, overheden, politie, maatschappelijke organisaties en andere partners. Samenwerking is voor ons vanzelfsprekend. Snelle signalering, korte lijnen en de mogelijkheid om een beroep te doen op elkaars expertise zorgt voor betere resultaten in behandeling en preventie. Daarnaast vindt er op cliëntniveau samenwerking plaats met alle voor de

cliënt belangrijke professionele organisaties. Toegesneden op de behoefte van de cliënt wordt zorg verleend op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen alle zorgverleners, gedurende het gehele traject. De cliënt staat hierbij centraal, waarbij de zorg wordt vormgegeven in een individueel behandelplan.

II. Organisatie van de zorg

8. Lerend netwerk

's Heeren Loo Zorggroep geeft op de volgende manier invulling aan het lerend netwerk van indicierend en coördinerend regiebehandelaren. Indien u een kleine zorgaanbieder bent (2 -50 zorgverleners), dient u ook aan te geven met welke andere zorgaanbieder u zich heeft verbonden om dit lerend netwerk mogelijk te maken.

A. Het uitgangspunt is dat de indicierend en coördinerend regiebehandelaren tijdens het zorgproces gezamenlijk reflecteren. Verschillende invalshoeken en ideeën kunnen leiden tot nieuwe inzichten die de behandeling voor de cliënt ten goede komen.

Bij sHL worden belangrijke beslissingen in het zorgproces in het MDO (Multi Disciplinair team) gemaakt of bevestigd. Het MDO fungeert daarom voor de indicerende en coördinerende regiebehandelaren als lerend netwerk waar reflectie op het zorgproces plaatsvindt. Bij punt 10 'Samenwerking', gaan we verder in op het MDO.

B. Niet alleen de reflectie op het zorgproces 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 minimaal twee keer per jaar op hun handelen reflecteren. 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.

Omdat sHL meer dan 50 zorgverleners heeft, mag het lerende netwerk binnen de organisatie zelf worden gevormd.

sHL faciliteert dit lerende netwerk (met als doel om te kunnen reflecteren op eigen handelen) door minimaal twee keer per jaar intervisie bijeenkomsten te organiseren voor de behandelaren. Op deze intervisie bijeenkomsten worden diverse inhoudelijke thema's en casuïstiek besproken.

9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

's Heeren Loo Zorggroep ziet er als volgt op toe dat:

9a. Zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn:

Diagnostiek en behandeling wordt alleen uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van respectievelijk een indicierend of coördinerend regiebehandelaar. Regiebehandelaren in de volwassen GGZ zijn BIG geregistreerd. Behandelaren die werken met 18- cliënten zijn BIG of SKJ-geregistreerd. Ze registreren zich respectievelijk in het BIG-register of het SKJ-register en moeten zich elke 5 jaar opnieuw registreren. Met de herregistratie tonen zij aan dat hun kennis en vaardigheden conform de eisen zijn. Cliënten worden zo beschermd tegen fouten in de behandeling van zorgverleners. Indien de zorgverlener zich niet (her)geregistreerd, betekent dit dat hij/zij niet kan werken in het beroep van inschrijving. Dit wordt vastgelegd in het personeelsinformatiesysteem.

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

Onze behandelaren werken conform de GGZ-kwaliteitstandaarden. Daarnaast conformeren ze zich aan de richtlijnen en standaarden die gelden binnen de beroepsvereniging waarbij zij zijn aangesloten. Omdat de meeste standaarden en richtlijnen in de GGZ niet specifiek ontwikkeld zijn voor de doelgroep die wij bedienen (LVB-GGZ) kan het voorkomen dat we er waar nodig beargumenteerd van af wijken.

9c. Zorgverleners hun deskundigheid op peil houden:

Scholing

Alle behandelaren hebben jaarlijks een gesprek met de manager waarin hun behoefte aan (bij)scholing wordt besproken. Op basis daarvan wordt het scholingsplan opgesteld en uitgevoerd binnen het ter beschikking gestelde scholingsbudget. De registraties van gevolgde opleidingen worden bijgehouden in het personeelsdossier.

Intervisie

Minimaal twee keer per jaar worden intervisiebijeenkomsten georganiseerd waarin reflectie plaatsvindt op het persoonlijk en professioneel functioneren. (zie ook punt 8b 'Lerend netwerk')

Supervisie

Supervisie wordt waar nodig of wenselijk ingezet.

10. Samenwerking

10a. Samenwerking binnen uw organisatie en het (multidisciplinair) overleg is vastgelegd en geborgd in het professioneel statuut (kies een van de twee opties):

Ja

10b. Binnen 's Heeren Loo Zorggroep 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 het uitvoeren van de (multidisciplinaire) overleggen, o.a. samenstelling, overlegfrequentie, wijze van verslaglegging):

Bij sHL worden belangrijke beslissingen in het zorgproces in MDO (Multi Disciplinair team) gemaakt of bevestigd. Het MDO vindt minimaal 1x in de twee weken plaats, maar kan ook bij acute situaties bijeen worden geroepen. In elk geval zijn aanwezig: de indicierend en coördinerend regiebehandelaar, een psychiater of klinisch psycholoog en (zo nodig) andere betrokken behandelaren.

Van elk MDO wordt een verslag gemaakt.

10c. 's Heeren Loo Zorggroep hanteert de volgende procedure voor het op- en afschalen van de zorgverlening naar een volgend respectievelijk voorliggend echelon:

Als de coördinerend regiebehandelaar merkt dat de zorgvraag is gewijzigd en de benodigde zorg buiten het zorgaanbod van sHL valt, bespreekt hij/zij dit met de cliënt. En brengt deze casus vervolgens in, in het MDO, waar de keuze voor op- of afschaling wordt gemaakt.

Bij akkoord van de cliënt en het MDO wordt de cliënt doorverwezen naar een zorgaanbieder die deze zorg wel kan leveren. De cliënt wordt door de coördinerend regiebehandelaar zo goed mogelijk geadviseerd en ondersteund in deze situatie. Indien een nieuwe verwijzing nodig is wordt de huisarts en/of verwijzende instantie betrokken.

10d. Binnen 's Heeren Loo Zorggroep geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de volgende escalatieprocedure:

In het geval dat de (regie)behandelaren niet tot overeenstemming kunnen komen over de inhoud en uitvoering van het behandelplan, wordt gehandeld conform de escalatieprocedure:

1. Bij verschil van mening of inzicht over de behandeling wordt de casus ingebracht in het MDO.
2. Mocht er geen overeenstemming bereikt worden in het MDO, dan wordt de casus voorgelegd aan de hoogste behandelfunctionaris, doorgaans is dit een psychiater/klinisch psycholoog.
3. Deze hoogste behandelfunctionaris hoort alle partijen en doet, na overleg met de betreffende Manager Polikliniek, Manager Advisium en directeur Advisium, een bindende uitspraak.

Bovenstaande stappen (van begin verschil van mening tot aan uitspraak) worden schriftelijk vastgelegd.

11. Dossiervoering en omgang met patiëntgegevens

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

Ja

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

Ja

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

Ja

12. Klachten en geschillenregeling

12a. Patiënten/cliënten kunnen de klachtenregeling hier vinden (kies een van de twee opties):

Link naar klachtenregeling: <https://www.sheerenloo.nl/over-ons/regie-en-medezeggenschap/klachten-en-complimenten>

12b. Patiënten/cliënten kunnen met geschillen over een behandeling en begeleiding terecht bij

Naam geschilleninstantie waarbij instelling is aangesloten: De Geschillencommissie Zorg
Contactgegevens: Telefoonnummer: 070 - 310 53 80 Maandag t/m donderdag 09:00 – 15:00 uur
Vrijdag 10:00 - 14:00 uur Feestdagen uitgezonderd.

De geschillenregeling is hier te vinden:

Link naar geschillenregeling: <https://www.degeschillencommissiezorg.nl/over-ons/zorgcommissies/gehandicaptenzorg/>

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

13. Wachtijd voor intake/problemanalyse en behandeling en begeleiding

Patiënten/cliënten vinden informatie over wachttijden voor intake en behandeling en begeleiding via deze link of document (en kunnen deze telefonisch opvragen). De informatie is –indien het onderscheid van toepassing is– per zorgverzekeraar en per diagnose.

Link naar wachttijden voor intake en behandeling: <https://www.sheerenloo.nl/wat-bieden-wij/ggz>

14. Aanmelding en intake/problemanalyse

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

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

Een cliënt kan zich op verschillende manieren aanmelden voor diagnostiek en/of behandeling bij een van de LVB-GGZ poliklinieken van sHL:

- Op de website van sHL staat een contactformulier. (op de homepage, onder het kopje 'ondersteuning'. De cliënt wordt dan teruggebeld.
- Telefonisch via het landelijk klantcontact: 0800-3555555 (van 8.00-18.00)
- Telefonisch of via de mail met de betreffende LVB-GGZ polikliniek. (op de homepage, bij locaties)

Bij sHL wordt elke aanmelding bij cliënt of verwijzer uitgevraagd om te beoordelen of en welke mogelijkheden er zijn binnen sHL. Op welke wijze dit uitvragen plaatsvindt kan per locatie verschillen.

Ook wordt in de aanmeldfase bepaald welke zorgwet het meest passend is bij de cliënt en de zorgvraag. Op de LVB-GGZ poliklinieken kan sHL GGZ leveren in de Zvw, Jeugdwet, GZSP en de Wlz.

Voordat een aanmelding doorgezet kan worden naar de intake fase is minimaal nodig:

1. Een geldige verwijzing of beschikking

Voor volwassenen: een geldige verwijzing. Wie in de Zvw gezien wordt als geldige verwijzer kan per zorgverzekeraar verschillen, maar de huisarts en medisch specialist (o.a. psychiater) worden door alle zorgverzekeraars als geldige verwijzers gezien.

Voor jeugd: een geldige verwijzing van een (huis) arts of een beschikking van de gemeente.

2. Een volledig ingevuld aanmeldformulier.

Cliënten ontvangen van sHL een aanmeldformulier.

Als we, op basis van de aanmelding, verwachten dat we een passend antwoord hebben op de zorgvraag van de cliënt dan wordt cliënt uitgenodigd voor een intakegesprek.

Tot het moment dat de intake heeft plaatsgevonden is de verwijzer de eerstverantwoordelijke voor de cliënt. sHL neemt de behandelverantwoordelijkheid voor de cliënt pas over nadat de intake succesvol is afgerond.

Als na de intake (of eerder al: na de aanmelding) blijkt dat sHL geen passend antwoord heeft op de zorgvraag van de cliënt, verwijst sHL de cliënt door naar een andere zorgaanbieder waarvan we verwachten dat deze wel een passend zorgaanbod heeft. (bijvoorbeeld een ander echelon of een behandelaar met een andere specifieke deskundigheid). Als sHL geen passende doorverwijzing kan doen, of als de cliënt niet in aanmerking komt voor behandeling in de GGZ verwijst sHL cliënt terug naar de huisarts/verwijzer met een advies voor een passend vervolg.

Het is van belang om bij het terug- dan wel doorverwijzen duidelijke afspraken te maken met de verwijzer, vervolg-zorgaanbieder en cliënt. Cliënt mag niet tussen wal en schip vallen en moet weten waar hij 'tussentijds' terecht kan.

14b. Binnen 's Heeren Loo Zorggroep 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 de instelling geen passend aanbod heeft op de zorgvraag van de patiënt/cliënt:

Ja

15. Indicatiestelling

Beschrijf hoe de intake/probleemanalyse en indicatiestelling binnen uw 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)

Het intakegesprek is een kennismakingsgesprek waarin de cliënt en sHL elkaar leren kennen. Bij de intake is in elk geval de (indicerende) regiebehandelaar aanwezig.

Hieronder volgt een overzicht van de taken en verantwoordelijkheden van de indicierend regiebehandelaar in de intakefase:

De indicierend regiebehandelaar:

1. gaat samen met de cliënt (en eventueel met andere medebehandelaren en/of de verwijzer) de problemen van de cliënt in kaart brengen.

2. gaat samen met de cliënt (en eventueel met andere medebehandelaren) vaststellen wat de zorgbehoefte en het doel van de behandeling is.

3. zal zorgen voor een met de cliënt gedeelde conclusie, die het vertrekpunt is voor de beschrijvende diagnose en voor passende behandeling.

4. maakt de afweging of de zorgvraag van de cliënt en de complexiteit van de situatie aansluiten bij de mogelijkheden van sHL. Als het zorgaanbod van sHL niet passend is verwijst de indicierend regiebehandelaar terug naar de huisarts. Of adviseert een andere zorgaanbieder met een beter passend antwoord op de zorgvraag van cliënt (bijvoorbeeld een andere specifieke deskundigheid).

5. Hanteert bij het vaststellen van het best passende antwoord op de zorgvraag de volgende drie uitgangspunten.

a. Een herstelgerichte insteek.

Kwaliteit van leven, sociaal functioneren en eigen regie van de cliënt over zijn behandeling zijn daarbij belangrijk. Bij het vaststellen van het zorgaanbod hoort ook de juiste aandacht voor het inzetten, activeren en ondersteunen van het eigen netwerk van de cliënt.

b. Een persoonsgerichte benadering. Het geïndiceerde zorgaanbod van behandeling moet aansluiten op de persoonlijke behoefte en vragen van de cliënt, en de cliënt moet keuzevrijheid hebben in de gewenste zorgverlener(s). De cliënt en de indicierend regiebehandelaar moeten overeenstemming bereiken over de uiteindelijke keuze.

c. Iedere indicierend regiebehandelaar heeft de mogelijkheid om waar gewenst advies te vragen aan andere (indicierend) zorgverleners over de betreffende casus, natuurlijk in samenspraak met en met instemming van de cliënt. (Bij geanonimiseerde casuïstiek is er geen instemming van cliënt nodig.)

6. plant indien nodig nader onderzoek in om een definitieve classificatie te kunnen vaststellen, denk hierbij aan een psychiatrisch onderzoek, intelligentieonderzoek, persoonlijkheidsonderzoek of gezinsonderzoek. En zorgt ervoor dat de resultaten worden besproken in het MDO en worden teruggekoppeld aan de cliënt.

7. kan in samenspraak met cliënt aan andere behandelaren vragen om, onder zijn/haar verantwoordelijkheid, delen van het diagnostisch proces uit te voeren.

8. zorgt ervoor dat de concept beschrijvende diagnose wordt besproken in het MDO en daar wordt vastgesteld.

9. is (eind)verantwoordelijk voor het vaststellen van de classificatie, waarbij de cliënt via direct contact is beoordeeld.

10. vertelt de cliënt op begrijpelijke wijze de beschrijvende diagnose en de daaruit voortvloeiende classificatie en wat het betekent om die classificatie te hebben.

11. vertelt de cliënt op begrijpelijke wijze wat de relevante behandelopties zijn, wat het doel is van de behandeling, de kans op succes en de mogelijke risico's en neveneffecten. De cliënt hoeft niet direct te reageren op de beschrijvende diagnose met de classificatie en het zorgaanbod, dit mag ook in een volgend contact.

12. stelt samen met de cliënt (en eventuele medebehandelaren en collega's) de richting en contouren van het behandelplan op.
13. zorgt ervoor dat ROM-vragenlijsten aangeboden worden aan cliënt.
14. is de eerstverantwoordelijke zorgverlener in de periode tussen intake en start behandeling en aanspreekpunt voor cliënt, als blijkt dat cliënt niet direct na de intake in behandeling kan worden genomen. De indicierend regiebehandelaar gaat hierbij na welke tussentijdse zorg nodig en mogelijk is voor de cliënt.
15. bespreekt met cliënt hoe te handelen als in deze tussenperiode de toestand van cliënt verergert.
16. informeert cliënt over zijn rechten en plichten.
17. voert een risico-inventarisatie uit.
18. zorgt ervoor dat aan het eind van de intakefase met de cliënt overeenstemming is bereikt over de beschrijvende diagnose, de keuze van behandeling en de zorgverlener(s) van voorkeur om die behandeling uit te voeren.
19. zorgt ervoor dat alle gemaakte afspraken in de intakefase vastgelegd worden in het intakeverslag.
20. zorgt ervoor dat cliënt het intakeverslag ontvangt.
21. stelt het behandelplan vast, nadat toestemming van de cliënt is verkregen op basis van het voorgestelde behandelplan. De cliënt heeft te allen tijde, zowel tijdens als na de behandeling recht op inzage, verstrekking van een kopie en vernietiging van het behandelplan.
22. stuurt een afschrift van het behandelplan als terugrapportagebrief naar de huisarts (of andere verwijzer), nadat de cliënt hierover geïnformeerd is en hiervoor toestemming heeft gegeven.
23. is verantwoordelijk voor een juiste overdracht naar de coördinerend regiebehandelaar.

16. Behandeling en begeleiding

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

Zie punt 15 hoe het behandelplan samen met de cliënt tot stand komt.

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

Nu het behandelplan is vastgesteld volgt het uitvoeren van de daadwerkelijke behandeling. In de intakefase was de indicierend regiebehandelaar de regiehouder en aanspreekpunt voor de cliënt, maar in de behandelfase en de afsluiting/nazorgfase is de coördinerend regiebehandelaar dat.

Hieronder volgt een overzicht van de taken en verantwoordelijkheden van de coördinerend regiebehandelaar.

De coördinerend regiebehandelaar:

1. fungeert als eerste aanspreekpunt voor de cliënt bij vragen of verzoeken.

2. fungeert als eerste aanspreekpunt voor andere zorgverleners buiten het directe behandelteam.
3. reflecteert regelmatig met de cliënt over het beloop van de behandeling.
4. fungeert als contactpersoon voor de cliënt, als er veranderingen zijn in de behandeling of als er een wisseling van zorgverleners plaatsvindt.
5. ziet toe op de uitvoering van het opgestelde behandelplan.
6. werkt waar nodig op meer gedetailleerder niveau het behandelplan uit.
7. monitort de voortgang van behandeling.
8. plant indien nodig nader onderzoek in om hierdoor meer inzicht in de problematiek te krijgen, denk hierbij aan een psychiatrisch onderzoek, intelligentieonderzoek, persoonlijkheidsonderzoek of gezinsonderzoek. En zorgt ervoor dat de resultaten worden besproken in het MDO en worden teruggekoppeld aan de cliënt.
9. coördineert de zorg, met name op dynamische momenten, zoals na bijstelling van het behandelplan, bij voorgenomen ontslag of bij het afronden van de behandeling.
10. laat zich regelmatig informeren door de betrokken zorgverleners over de voortgang van de behandeling of over belangrijke ontwikkelingen.
11. organiseert voldoende afstemming en (multidisciplinair) overleg tussen de betrokken zorgverleners en stelt de frequentie van overlegmomenten vast.
12. zorgt voor een goede overdracht van gemaakte afspraken, als er een wisseling tussen zorgverleners plaatsvindt en legt deze afspraken vast in het behandelplan en dossier.
13. draagt zorg voor de in het behandelplan vastgestelde evaluatiemomenten en betreft hierbij (waar nodig) de indicierend regiebehandelaar.
14. monitort en organiseert extra evaluatiemomenten (bijvoorbeeld bij ingrijpende veranderingen of complicaties).
15. stelt in afstemming met cliënt (en waar nodig de indicierend regiebehandelaar) de behandeling bij, draagt deze over of beëindigt deze, als blijkt dat de behandeling niet meer passend is.
16. koppelt, na expliciete toestemming cliënt, schriftelijk terug aan de verwijzer als de behandeling zijn beëindigd.

16c. De voortgang van de behandeling wordt binnen 's Heeren Loo Zorggroep als volgt gemonitord (zoals voortgangsbespreking behandelplan, evaluatie, vragenlijsten, ROM):

MDO (Multi Disciplinair Overleg)

Gedurende de behandeling vindt overleg plaats in het multidisciplinair overleg (MDO):

Bij de start, vervolgens elke drie maanden en bij (reguliere) afsluiting. Maar ook als er tijdens het behandeltraject wordt besloten om de ingezette behandeling te wijzigen of te stoppen.

Tijdens het MDO worden de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling besproken. Vragen die daar aan de orde komen zijn o.a. verloopt de behandeling naar wens van cliënt en behandelaar, wordt er voldoende voortgang geboekt, moet er worden op of afgeschaald of zijn er knelpunten die opgepakt moeten worden?

Evaluaties

Naast evaluatie van de behandeling in het MDO, bespreekt de coördinerend regiebehandelaar tijdens de behandelgesprekken en evaluatiegesprekken samen met de cliënt ook de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling.

De evaluatiegesprekken vinden doorgaans elke 3 maanden plaats.

Als de behandeling wordt bijgesteld, wordt dit weergegeven in een aangepast/bijgesteld behandelplan.

ROM (Routine Outcome Monitoring)

Bij sHL werken we met ROM-vragenlijsten om (naast de MDO's, en evaluaties) een beeld te krijgen van de effectiviteit van de behandeling. We nemen bij het begin van het behandeltraject (meestal bij de intake of de eerste behandelsessie) de eerste ROM-vragenlijst bij de cliënt af. Vervolgens zal gedurende het traject elke 3 maanden en bij beëindiging van de behandeling een ROM-vragenlijst door de cliënt worden ingevuld. De resultaten van de ROM zullen worden besproken met cliënt en in het MDO. In de Volwassen-GGZ werken we met de BSI-vragenlijst (Brief Symptom Inventory). Deze vragenlijst wordt in de Generieke module: 'Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid/LVB' beoordeeld als de enige vragenlijst waar de validiteit en betrouwbaarheid bij de LVB-GGZ doelgroep bekend is.

Uiteraard mag de regiebehandelaar aanvullend ook andere vragenlijsten gebruiken.

In de Jeugd-GGZ wordt niet gesproken over ROM, maar over Outcome indicatoren. Het meten van het behaalde behandelresultaat is dan een van de indicatoren. Binnen sHL hebben we afgesproken om bij alle jeugd-cliënten de Kidsscreen-vragenlijst af te nemen. Ook bij jeugd mag de regiebehandelaar aanvullend andere vragenlijsten gebruiken.

16d. Binnen 's Heeren Loo Zorggroep reflecteert de coördinerend regiebehandelaar samen met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling als volgt (toelichting op wijze van evaluatie en frequentie):

Zie 16c.

16e. De tevredenheid van patiënten/cliënten wordt binnen 's Heeren Loo Zorggroep op de volgende manier gemeten (wanneer, hoe):

Aan het eind van het behandeltraject zorgt de coördinerende regiebehandelaar ervoor dat een cliënttevredenheidsvragenlijst aangeboden wordt aan de cliënt.

17. Afsluiting/nazorg

17a. 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):

De resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen worden met de cliënt en zo nodig met diens verwijzer besproken in een afsluitgesprek met de regiebehandelaar. Er wordt een eindverslag gemaakt en er wordt besproken met wie dit gedeeld mag worden. (verwijzer/huisarts o.i.d.)

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

Crisis

De LVB-GGZ poliklinieken van sHL bieden geplande behandeling. Bij crisissituaties (zowel binnen als buiten kantooruren) zal de cliënt een beroep kunnen doen op huisarts/praktijkondersteuner/huisartsenpost en via dat kanaal crisis-ondersteuning ontvangen, bijv via de regionale GGZ-crisisdienst.

Terugval

Als een cliënt zich binnen 6 maanden na afsluiting van de behandeling met dezelfde zorgvraag bij een LVB/GGZ-polikliniek meldt, zien we dat in principe niet als een nieuwe aanmelding, maar een heraanmelding. We wegen dit, samen met de ernst van de problematiek, mee in de keuze of cliënt direct (terug) in zorg genomen wordt of dat cliënt op de wachtlijst wordt geplaatst.

IV. Ondertekening

Naam bestuurder van 's Heeren Loo Zorggroep:

Timon Dijkman

Plaats:

Amersfoort

Datum:

13-1-2022

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 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.