

Kwaliteitsstatuut GGzE

I. Inleiding	4
1. Gegevens.....	5
2. Contactpersoon	5
3. Onze locaties	5
4. Beschrijving aandachtsgebieden/zorgaanbod.....	5
4a. Beschrijving van de algemene visie/werkwijze van GGzE	5
4b+c. Hoofddiagnoses en het aanbieden van hoogspecialistische ggz	6
4d. Specialismen	6
5. Met wie en hoe werkt GGzE samen? (professioneel netwerk)	6
6. Het zorgaanbod van GGzE	7
6a. Algemeen.....	7
6b. Rollen voor regiebehandelaren.....	9
6c. Relevante competenties.....	11
6d. Settings van het Zorgprestatie-model (ZPM)	13
6e. Overgangsregeling voor de doelgroep 18- / 18+	18
7. Structurele samenwerkingspartners	18
8. Lerend netwerk	18
II. Organisatie van de zorg	20
9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen.....	20
9a. Hoe blijven zorgprofessionals bevoegd en bekwaam?	20
9b. Hoe handelen zorgprofessionals volgens kwaliteits- en zorgstandaarden of richtlijnen?	20
9c. Hoe houden zorgprofessionals hun deskundigheid op peil?	21
10. Samenwerking	21
10a. Hoe werken zorgprofessionals binnen GGzE samen?	21
10b. Hoe is de wijze van informatie-uitwisseling, overdracht en overleg geregeld?	25
10c. Het verloop van het op- en afschalen van de zorgverlening	26
11a. Toestemming vragen aan cliënt bij verstrekken van gegevens	26
11b. Het doorbreken van het beroepsgeheim.....	27
11c. Classificatie niet verstrekken aan verzekeraar	27
12. Klachten en geschillenregeling	28
III. Het zorgproces - het traject dat de cliënt doorloopt binnen GGzE.....	28
13. Informatie over de wachttijd voor intake / probleemanalyse en behandeling en begeleiding	28
14. De aanmelding en intake-/probleemanalyse	29
15. Indicatiestelling en diagnose.....	30
16. Behandeling en begeleiding.....	30
17. De afsluiting van de behandeling/begeleiding en nazorg.....	31

I. Inleiding

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut (LKS) ggz beschrijft de normen waaraan een zorgaanbieder minimaal moet voldoen om de integrale zorg rond de individuele cliënt¹ binnen de curatieve ggz te organiseren. In het bijzonder geeft het een beschrijving van de rollen van de betrokken zorgprofessionals in verschillende onderdelen van het zorgproces. De nadruk ligt daarbij op het proces van indiceren, coördineren en evalueren van de behandeling en begeleiding.

Het LKS 4.0 dient als standaard en is per 1 januari 2026 van toepassing op de zorg die gefinancierd wordt door de Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Wet forensische zorg (Wfz) en de Jeugdwet. Het opstellen van een eigen kwaliteitsstatuut op basis van het LKS is verplicht voor een ggz-aanbieder. GGzE kiest er bewust voor om één lijn te trekken in haar kwaliteitsuitgangspunten, organisatie van regiebehandelaarschap en verantwoordelijkheden, ongeacht de financieringsbron of wettelijke kaders. Zo waarborgt GGzE continuïteit, samenhang en transparantie in haar zorg aan cliënten.

In dit kwaliteitsstatuut is beschreven:

- hoe GGzE de integrale zorg voor cliënten organiseert;
- welke stappen een cliënt doorloopt in een behandelproces;
- hoe we de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden (TBV's) van betrokken zorgprofessionals en hun onderlinge verhoudingen organiseren, zodat de autonomie en de regie van de cliënt zoveel mogelijk wordt gestimuleerd;
- met welke zorgprofessionals en/of zorgaanbieders wij voor cliënten samenwerken;
- hoe een cliënt kan rekenen op ondersteuning bij onduidelijkheid of ontevredenheid.

Het kwaliteitsstatuut is er voor:

- cliënten (of diens wettelijk vertegenwoordiger en/of naasten), als informatiebron om een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder en te participeren in de besluitvorming over het individuele zorgproces. Voor cliënten is een toegankelijke versie beschikbaar op onze website;
- zorgprofessionals als kader voor duidelijke rollen, taken en verantwoordelijkheden van betrokken zorgverleners bij het proces van indiceren, coördineren en evalueren van de behandeling en begeleiding, algeheel geldende werkafspraken binnen de instelling en het professioneel lerende netwerk;
- Financiers en toezichthoudende instanties, ter beeldvorming en toetsing van de kwaliteit van zorg.

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

Algemene informatie

1. Gegevens

Stichting GGzE
Dr. Poletlaan 40
5626 ND Eindhoven
Kvk nummer 17141715
www.ggze.nl
AGB-code: 06291003

2. Contactpersoon

Voor algemene vragen en opmerkingen over het kwaliteitsstatuut kunt u contact opnemen met het secretariaat raad van bestuur per e-mail via raadvanbestuur@ggze.nl. Specifieke vragen kunt u stellen aan de secretaris raad van bestuur via bovenstaand e-mailadres of via telefoonnummer (040) 297 05 00.

3. Onze locaties

GGzE biedt ambulante-, poliklinische- en (dag-)klinische zorg aan cliënten. De hoofdlocatie van GGzE bevindt zich op Landgoed De Grote Beek in Eindhoven. Daarnaast biedt GGzE zorg, behandeling en/of begeleiding aan op andere locaties. Op onze website treft u een weergave van de locaties aan. Zie hiervoor: [Locaties | GGzE](#)

4. Beschrijving aandachtsgebieden/zorgaanbod

4a. Beschrijving van de algemene visie/werkwijze van GGzE

Wij zien de samenleving als een dynamisch geheel, waarin iedereen een kans kan hebben op het leiden van een zinvol leven. We kijken naar het verhaal van de cliënt als uitgangspunt voor onze zorg(organisatie). We bieden evidence based en waardegedreven zorg, waarbij de eigen regie van de cliënt centraal staat.

Onze missie is om de best mogelijke zorg te bieden aan mensen met complexe of acute mentale problemen zodat zij veerkrachtig in het leven staan. Dit doen we voor mensen in alle levensfasen. Samen met de cliënt en diens naasten bepalen we welke hulp het meest passend is. Wij bieden deze behandeling en begeleiding dicht bij de leefwereld van de cliënt en - daar waar dat niet kan - op één van onze klinische locaties. Dat doen we zo kort als het kan, en zo lang als nodig. We bieden zorg in vrijwilligheid, maar waar nodig ook onder de vlag van de Wet verplichte ggz (Wvvggz) en zorg die wordt verleend vanuit een strafrechtelijk kader.

De zorg geven we samen met onze netwerkpartners vorm. Daarnaast leveren wij een belangrijke bijdrage op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en opleiding, zodat we het zorgaanbod continu verbeteren en we de best mogelijke zorg kunnen blijven bieden. Onze opgave om de toegankelijkheid, kwaliteit, en betaalbaarheid van zorg te waarborgen is helder.

Bij de visie dat ieder mens een kans heeft in de maatschappij, zien wij het als onze zorgtaak om gelijke kansen te creëren voor alle mensen die zorg nodig hebben. Het gaat hierbij om het reduceren van wachttijden, het bereiken van kwetsbare groepen en het zorgdragen voor voldoende zorgprofessionals met de juiste deskundigheid, waarbij we gebruikmaken van onze innovatiekracht,

samen met onze partners in het netwerk. Dit doen we op een creatieve, efficiënte en effectieve manier. Iedere GGzE-(zorg)professional levert op deze manier een eigen bijdrage aan het behoud of verbeteren van de veerkracht van een inwoner in onze regio.

Voor nadere informatie zie: [Meerjarenstrategie GGzE 2024-2028](#)

4b+c. Hoofddiagnoses en het aanbieden van hoogspecialistische ggz

Bij GGzE staat de mens als geheel centraal, met aandacht voor klachten in plaats van classificaties. GGzE hanteert een transdiagnostische visie waarbij we de mens begrijpen vanuit sociale-, biologische- en psychologische contexten. De nadruk ligt op de kracht van de mens om deel te nemen aan de maatschappij. Waardegedreven zorg staat centraal. Dit betekent dat we samen met cliënten en hun netwerk bepalen hoe we gezondheidsresultaten die voor de cliënt waardevol zijn, kunnen optimaliseren. Indien sprake is van een combinatie met verslaving of een verstandelijke beperking, bieden we een geïntegreerd of een duaal begeleidings- en behandeltraject zoveel mogelijk met onze netwerkpartners. GGzE biedt tevens hoogwaardige specialistische gezondheidszorg (3^e-lijns ggz) aan met een TOPGGz-keurmerk: GGzE De Catamaran, gespecialiseerd in behandeling voor jongeren die zijn vastgelopen in het leven en daardoor gedragsproblemen laten zien. Het TOPGGz-keurmerk is een erkenning voor instellingen die uitblinken in wetenschappelijk onderzoek en topklinische zorg. Het wordt toegekend aan afdelingen die zich onderscheiden door hun expertise, innovatie en continue verbetering van de behandeling van complexe psychische aandoeningen.

4d. Specialismen

Bij GGzE zijn hoofdzakelijk cliënten in behandeling met meervoudige, weerbarstige problematiek die effect heeft op verschillende levensgebieden, waarbij het behandelaanbod geïntegreerd is door korte lijnen tussen verschillende behandelaren en begeleiders binnen GGzE en onze netwerkpartners.

5. Met wie en hoe werkt GGzE samen? (professioneel netwerk)

GGzE werkt voor haar zorg samen met een veelheid aan professionals vanuit verschillende domeinen (zorg, sociaal en veiligheid). Elk type zorg kent weer haar eigen netwerkpartners.

Een indicatie van de grote diversiteit aan zorgaanbieders waarmee we intensief samenwerken in het kader van de begeleiding en behandeling:

- Huisartsenroepels Zuidoost-Brabant (Stroomz, PoZob)
- Regionale ziekenhuizen (Catharina Ziekenhuis, Maxima Medisch Centrum, St. Anna Ziekenhuis)
- VV&T-organisaties Zuidoost-Brabant (o.a. Vitalis, Archipel, Oktober)
- VG-platform Zuidoost-Brabant (o.a. Lunetzorg, Dichterbij, Severinus)
- WIJ Eindhoven, Centrum Maatschappelijke Deelname (CMD). LEV en Neos in de regiogemeenten.
- Jeugdzorg in Zuidoost-Brabant
- Zorg- en Veiligheidshuis Brabant Zuidoost
- Politie & Justitie (o.a. openbaar ministerie, Dienst Justitiële Inrichtingen, indicatiestelling forensische zorg, penitentiaire inrichtingen en reclassering)
- Andere (boven)regionale ggz-instellingen (o.a. Apantha, Oog ggz, Psy zorg, Pec ggz)
- GGD Brabant-Zuidoost en Ambulancediensten

- Verslavingszorg (Novadic-Kentron)
- Opleiding en onderzoek (o.a. TU/e, Universiteit Maastricht, Tilburg University (Tranzo), RINO Groep, RINO Zuid, GGZ-VS opleiding, en verschillende HBO- en MBO-onderwijsinstellingen in Zorg en Welzijn), OOR ZON (Onderwijs en Opleidingsregio Zuid Oost Nederland).

6. Het zorgaanbod van GGzE

6a. Algemeen

Binnen GGzE hanteren wij het onderscheid tussen **behandeling** en **begeleiding** zoals omschreven in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ 4.0. Dit onderscheid is relevant voor het bepalen van de aard van de zorg en de inzet van zorgprofessionals.

Behandeling betreft zorg die gericht is op herstel, verminderen van psychische klachten en/of het verbeteren van het functioneren en kwaliteit van leven bij een psychische aandoening. Behandeling is methodisch en evidence based of best practice en wordt uitgevoerd door (regie)behandelaren met een ggz-kwalificatie. Behandeling wordt zowel ambulant, in deeltijd als klinisch aangeboden en kan bestaan uit verbale en non-verbale therapieën, biologische en farmacologische interventies of een combinatie daarvan. Behandeling is altijd tijdelijk van aard, zo lang als nodig en zo kort als kan.

Begeleiding richt zich op het ondersteunen van het oefenen van dagelijkse vaardigheden en gedrag of het begeleiden bij dagelijkse bezigheden zoals persoonlijke zorg, dagstructuur, sociale relaties, administratie, besluiten nemen en plannen. Het doel van begeleiding is het behouden van stabiliteit in het sociaal-maatschappelijk leven en wordt veelal ingezet bij chronische of langdurige problematiek en kan plaatsvinden naast een behandeltraject.

GGzE biedt verschillende vormen van begeleiding waaronder dagbesteding, ambulante (woon)begeleiding of woonbegeleiding zonder behandeling. De begeleiding vindt plaats in de eigen woonsetting van de cliënt (=ambulant), of in woonsetting van GGzE waar afhankelijk van de setting binnen kantooruren, dagelijks tot 22.00 uur of continu, zorgprofessionals aanwezig zijn. Bij (woon)begeleiding blijft de huisarts poortwachter voor de cliënt, waarbij afstemming kan plaatsvinden met de begeleiders van GGzE.

De keuze voor behandeling, begeleiding of een combinatie daarvan wordt samen met de cliënt gemaakt afgestemd op diens hulpvraag, (beschrijvende) diagnose en persoonlijke doelen. Deze keuzes worden samen met de aard van de interventies en de betrokken disciplines helder vastgelegd in een geïntegreerd zorgplan. Wij noemen dit binnen GGzE het Plan. Het Plan is uniek: we werken niet met standaarddoelen of -acties, maar sluiten aan bij wat voor de cliënt belangrijk is, in begrijpelijke taal en SMART geformuleerd. Elk plan volgt een vaste basisstructuur voor samenhang en overzicht: alle betrokkenen dragen bij aan hetzelfde Plan, vanuit hetzelfde uitgangspunt. Het Plan blijft gedurende de behandeling en/of begeleiding ter beschikking van de cliënt. Deze heeft zowel tijdens als na de zorgrelatie recht op inzage, verstrekking van een kopie en vernietiging van het plan (behoudens wettelijke uitzonderingen op deze rechten).

Evalueren doen we samen:

- Aan de hand van de vastgestelde doelen in het Plan
- In het MDO met betrokken zorgprofessionals (multidisciplinair team) en zo veel mogelijk in aanwezigheid van de cliënt. De frequentie is minimaal 1x per jaar en kan op indicatie vaker noodzakelijk zijn. Dit geldt ook voor de klinische setting.
- Aan de hand van observaties, vragenlijsten en metingen. Enerzijds om het effect van de behandeling te objectiveren, anderzijds om de regie en de tevredenheid van de cliënt te vergroten.
- Hoe te handelen bij een crisis en op welke manier voor waarneming tijdens afwezigheid van een regiebehandelaar wordt zorggedragen.
- De evaluatie kan leiden tot het voortzetten van de behandeling/begeleiding, het aanpassen ervan of het stopt als deze niet of onvoldoende effectief is.

Samenstelling van het team

Bij GGzE krijgt een cliënt zorg vanuit een **multidisciplinair team**. Dit team is zodanig samengesteld, dat de zorgprofessionals die direct betrokken zijn bij de behandeling en/of begeleiding van de cliënt qua competenties passen bij de problematiek en zorgvraag van de cliënt. Alle zorgprofessionals voeren hun taken uit waartoe zij bevoegd en bekwaam zijn en werken transdiagnostisch samen.

Om de kwaliteit van indicatiestelling, behandeling en/of begeleiding en coördinatie hiervan te borgen hanteert GGzE de volgende uitgangspunten:

- Vanaf het moment dat de intakefase start is GGzE de eerstverantwoordelijke voor de cliënt voor psychische zorg, ook als de cliënt moet wachten op de geïndiceerde behandeling.
- De intakefase bestaat uit een eerste kennismaking en intakegesprek(ken) zoveel mogelijk samen met het netwerk met mogelijk aanvullende diagnostiek. Hieruit volgt een beschrijvende diagnose (werkhypothese) dat na multidisciplinair overleg met cliënt (en naasten) leidt tot een behandel-/begeleidingsplan.
- Aan het eind van de intakefase is een Plan beschikbaar en bij een opname is het plan binnen 24 uur opgesteld.
- We werken volgens de principes van 'matched care', dat wil zeggen dat de cliënt de behandeling en/of begeleiding krijgt die volgens de professionele inzichten effectief wordt geacht bij de problematiek. Dit met het doel om over- of onderbehandeling te voorkomen.
- Indicatiestelling en uitvoering van zorg vinden in beginsel in multidisciplinair verband plaats.
- De cliënt en/of naasten hebben een belangrijk aandeel in de zorgverlening door op basis van:
 - 'shared decision making' keuzes te maken (cliënt en zorgprofessional nemen samen een besluit welke zorg het beste bij de cliënt past);
 - informed consent (met kennis van zaken na voorafgaande voorlichting) toestemming geven aan de zorgverlening.
- Indien sprake is van verplichte zorg op grond van de Wvggz, stemt de zorgverantwoordelijke af met de cliënt en naasten. De regiebehandelaar is in het geval van Wvggz de zorgverantwoordelijke. Dat zou een wisseling in regiebehandelaarschap kunnen betekenen (in lijn met artikel 2 Wvggz regeling).
- Voorafgaand aan een crisisopname wordt altijd een psychiater, verpleegkundig specialist ggz of klinisch (neuro)psycholoog geconsulteerd.

- Indien sprake is van een behandeling of een combinatie van behandeling en begeleiding krijgt de cliënt een regiebehandelaar toegewezen. Wanneer een cliënt alleen begeleiding ontvangt vanuit GGzE, blijft de huisarts poortwachter voor de cliënt met het oog op eventuele behandeling.
- De medebehandelaren betreffen alle zorgprofessionals die een deelbehandeling uitvoeren in het plan van de cliënt, niet zijnde de regiebehandelaar. Medebehandelaar is dus plan specifiek en niet zorgprofessional specifiek. Daarmee wordt bedoeld dat een zorgprofessional die regiebehandelaar is voor de ene cliënt, een medebehandelaar kan zijn in het plan van een andere cliënt net als medebehandelaren die geen regiebehandelrol hebben op basis van hun opleiding en competenties,

6b. Rollen voor regiebehandelaren

Binnen het zorgproces worden, zoals beschreven, twee centrale onderdelen onderscheiden:

1. De aanmelding en intake/probleemanalyse en daarna de indicatiestelling met het vaststellen van een beschrijvende diagnose, en het best passende zorgaanbod.
2. De behandeling en/of begeleiding, waarbij coördinatie, evaluatie en laagdrempelige bereikbaarheid van belang zijn binnen GGzE.
3. Een cliënt heeft gedurende de behandeling altijd één regiebehandelaar. Deze kan natuurlijk wel in persoon wisselen.

Deze twee onderdelen van het zorgproces hangen nauw met elkaar samen en kunnen chronologisch overlappen, maar kennen eigen kwaliteitsaspecten die voor de regievoering verschillende competenties vereisen. Vandaar dat er twee mogelijke rollen worden onderscheiden voor regiebehandelaren:

- **Een regiebehandelaar in een indicerende rol**
De regiebehandelaar analyseert in de indicerende rol de hulpvraag op basis van professionele kennis en ervaring, samen met de cliënt, diens naasten en eventueel met gebruik van deskundigheid van andere zorgprofessionals. Hij draagt verantwoordelijkheid voor een herstellanalyse, (beschrijvende) diagnose en het opstellen van een Plan op hoofdlijnen. Tijdens de behandel fase is het mogelijk om deze of een andere regiebehandelaar met een indicerende rol te betrekken bij vastgelegde evaluatiemomenten en/of bij ingrijpende wijzigingen in complexiteit van de situatie.
- **Een regiebehandelaar in een coördinerende rol**
Vanaf de start van de behandeling zorgt de regiebehandelaar in de coördinerende rol voor goede afstemming en coördinatie van het zorgaanbod, eventuele samenwerking tussen de betrokken zorgprofessionals van verschillende disciplines en de evaluatie van de behandeling. Daarnaast is hij het centrale aanspreekpunt voor de cliënt en reflecteert hij regelmatig samen met de cliënt. In hoofdstuk 6 staat vermeld (vanaf pagina 16) in welke situaties een specifieke discipline geconsulteerd moet worden.

Voor alle duidelijkheid:

Binnen GGzE kunnen medebehandelaren een rol krijgen in de afstemming en uitvoering van bepaalde delen van de behandeling. Deze medebehandelaar-coördinatie mag echter niet worden verward met de formele coördinerende rol van de regiebehandelaar. De regiebehandelaar in coördinerende rol heeft een verantwoordelijkheid voor de integrale regie over het gehele zorgproces, behandeling en afstemming met alle betrokken disciplines, en evaluatie.

De afstemmings- en uitvoeringstaken kunnen worden neergelegd bij o.a. verpleegkundigen, ggz agogen, casemanagers en ervaringsdeskundigen. De regie blijft bij de coördinerend regiebehandelaar.

Taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar in de indicerende rol:

- Bij de probleemanalyse:
 - Samen met de cliënt, diens naasten (met toestemming van de cliënt) en met eventuele andere zorgprofessionals in kaart brengen van de problematiek
 - Samen met de cliënt, diens naasten (met toestemming van de cliënt) en met eventuele andere zorgprofessionals (waar nodig ook de verwijzer) vaststellen van de herstelbehoefte en doelen.
 - Zorgdragen voor een door de cliënt geaccordeerd Plan, dat het vertrekpunt is voor passend zorgaanbod.
 - Als met de cliënt geen overeenstemming wordt bereikt over het Plan en er geen sprake is van verplichte zorg: zorgdragen voor een verwijzing naar een aanbieder die passende zorg kan verlenen; dat kan ook de initiële verwijzer zijn.
- Bij het vaststellen van het best passende zorgaanbod:
 - Het maken van een afweging of de zorgvraag van de cliënt en de complexiteit van de situatie aansluiten bij het beschikbare zorgaanbod.
 - Het vaststellen van de beschrijvende diagnose (en bijhorende classificatie) en de zorgzwaarte.
 - Het bespreken, vaststellen en organiseren van interventies in samenspraak met de cliënt.
 - Het opstellen en vaststellen van het plan in samenspraak met de cliënt en eventuele medebehandelaren en geconsulteerde collega's opdat een multidisciplinaire blik meegewogen wordt.
 - De organisatie van tussentijdse zorg voor de cliënt mocht deze niet direct na de intake in behandeling kunnen worden genomen.
 - Schriftelijke terugkoppeling aan de verwijzer als het plan is vastgesteld (met expliciete toestemming van de cliënt).
 - Afhankelijk van het type opname en de gekozen duur, blijft de ambulante regiebehandelaar actief betrokken bij de klinische behandeling.
- Zorgt dat de intakegegevens en het plan worden besproken in het reguliere MDO.
- Bij verschil van mening of inzicht tussen behandelaren over het zorgaanbod, heeft een indicerend regiebehandelaar een doorslaggevende stem. En gebeurt altijd in samenspraak met en met instemming van de cliënt, tenzij dit niet mogelijk is. In dat geval wordt op basis van de vigerende wet- en regelgeving (Wgbo en Wvvggz) gekeken/onderzocht of er grond is voor verplichte zorg.
- In het voorkomende geval dat de benodigde expertise niet binnen de instelling aanwezig is, wordt via consultatie (doelgericht en aantoonbaar) beroep gedaan op externe expertise. Dit wordt inhoudelijk onderbouwd. De verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling blijft bij de indicerend regiebehandelaar die de verkregen informatie en advies behandelt en verwerkt.

Taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar in de coördinerende rol:

- **Coördinator voor zorgprofessionals en het zorgproces**
 - Toezien op de uitvoering van het plan.
 - Waar nodig meer gedetailleerd uitwerken van het plan.
 - Monitoren van de voortgang aan de hand van de doelen.
 - Coördineren van de zorg en afstemming, zowel intern als extern, en toetsing in het multidisciplinaire team, met name op cruciale momenten zoals na de bijstelling van het plan, bij voorgenomen ontslag of bij de afronding.
 - Zich regelmatig laten informeren door de betrokken zorgprofessionals over de voortgang en belangrijke ontwikkelingen.
 - Organiseren van voldoende afstemming en (multidisciplinair) overleg.
 - Overdracht van gemaakte afspraken als er een wisseling van zorgprofessionals plaatsvindt, borging hiervan in het plan en dossier.
 - De regiebehandelaar draagt zorg dat verslaglegging over de beslissingen met betrekking tot het beleid wordt vastgelegd.
- **Evaluatie**
 - Zorgdragen voor de in het plan vastgestelde evaluatiemomenten en het hierbij (waar nodig) betrekken van de regiebehandelaar in de indicerende rol.
 - Organiseren van extra evaluatiemomenten (bijvoorbeeld bij ingrijpende veranderingen of complicaties op indicatie van medezorgprofessionals).
 - Bijstellen, overdragen of beëindigen van het zorgtraject en aanpassen van het Plan als blijkt dat dit niet meer passend is gebeurd in afstemming met de cliënt en de regiebehandelaar in de indicerende rol.
 - Schriftelijke terugkoppeling aan de verwijzer via een ontslagbrief (met expliciete toestemming van de cliënt).
 - De frequentie van evaluatie vaststellen in het plan. Mocht er naar aanleiding van veranderingen in de problematiek aanleiding toe zijn, extra evaluaties inplannen.
 - Aanpassingen worden opgenomen in het Plan. Daar waar nodig wordt een nieuw Plan opgesteld.
 - Periodieke evaluatie (bij elk MDO) van de teamsamenstelling en de daarbij behorende autorisaties in het EPD van betrokken zorgprofessionals.

6c. Relevante competenties

De regiebehandelaar beschikt over de juiste competenties om de indicerende en/of coördinerende taken uit te kunnen voeren. De basis daarvoor wordt opgebouwd tijdens een beroepsopleiding. Daarnaast worden aanvullende competenties verkregen door (aanvullende) scholing en praktijkervaring. De opgedane competenties moeten aansluiten bij de complexiteit van de problematiek van het zorgaanbod.

Vereiste competenties van regiebehandelaar in de indicerende rol:

- Wettelijke kaders en opleidingsvereisten conform de Wet BIG:
 - Een opleiding leidend tot een BIG-beroep in het domein van de ggz, met voldoende aandacht voor diagnostiek, probleemanalyse, indicatiestelling en evaluatie, of

- een opleiding leidend tot een BIG-beroep met een substantieel opleidingsonderdeel ggz, met voldoende aandacht voor diagnostiek, probleemanalyse, indicatiestelling en evaluatie.
- Uit het gebruik van de BIG-beroepstitel moet blijken welke opleiding de regiebehandelaar heeft afgerond en er moet sprake zijn van
- een geldige (her)registratie.
- Competenties op het gebied van professioneel inhoudelijk handelen:
 - Competenties op het vlak van de (dominante) problematiek die in een casus speelt.
 - In staat om verschillende onderdelen van het diagnostisch proces samen te brengen en een conclusie of diagnose te vormen.
 - Kennis over het voorkomen van multiple psychische problematiek en over hoe verschillende soorten problematiek op elkaar kunnen inwerken.
 - Expertise en werkervaring om een juiste inschatting te maken van het best passende zorgaanbod voor de cliënt.
 - In staat tot een inschatting of tijdens de probleemanalyse dominante problematiek bij de cliënt aanwezig is die niet past bij zijn deskundigheid, waardoor deze elders verkregen moet worden of cliënt moet worden doorverwezen.
 - In staat tot een inschatting bij welke zorgvraag en op welk moment een andere zorgprofessional moet worden geraadpleegd.
 - Kennis over Wvggz.
- Competenties op het gebied van samenwerken en communicatie:
 - Communicatievaardigheden (empathisch luisteren, uitstel van eigen oordeel).
 - Kennis van het werk van aangrenzende specialismen en netwerken in de regio.
 - Vaardigheden en kennis om afspraken te maken met andere betrokken zorgprofessionals over regievoering, zingeving, zorginhoud, dossiervoering, samenwerking, communicatie en evaluatie.
 - Adequate wijze van betrekken van naasten en het integreren van hun mening en ervaring in het individuele plan.

Vereiste competenties van de regiebehandelaar in de coördinerende rol:

- Wettelijk en opleidingskader conform de Wet BIG:
 - Een opleiding leidend tot een BIG-beroep in het domein van de ggz, of
 - een opleiding leidend tot een BIG-beroep met een substantieel opleidingsonderdeel ggz.
 - Uit de naamvoering moet blijken welke opleiding de (regie)behandelaar heeft afgerond.
- Competenties op het gebied van professioneel inhoudelijk handelen:
 - Kennis en kunde om zorgbehoefte op complexiteit en urgentie in te schatten en de aard en de omvang van passende zorg te organiseren en uit te voeren.
 - Kennis en kunde met betrekking tot de gevolgen van psychische problematiek en de beperkingen en mogelijkheden die daarvan het gevolg zijn.
 - Ervaring met preventie, kortdurende of acute zorgvragen, crisissituaties of een langer durende behandeling van zorgvragen in de betreffende context.
- Competenties op het gebied van samenwerken en communicatie
 - Communicatievaardigheden (empathisch luisteren en uitstel van eigen oordeel). Schept door adequate communicatie en organisatie de voorwaarden en

omstandigheden, waaronder de behandeling kan worden uitgevoerd en waarborgt dat de verrichtingen van de bij de behandeling betrokken disciplines op elkaar zijn afgestemd en gecoördineerd.

- Adequate wijze van betrekken van naasten en het integreren van hun mening en ervaring in het individuele plan.
- Expertise en werkervaring om cliënten met een meervoudige problematiek te kunnen ondersteunen en begeleiden.
- Ervaring in (multidisciplinaire) samenwerking met diverse zorgprofessionals.
- Kennis en inschattingsvermogen of de klachten van de cliënt (mede) samen kunnen hangen met somatische dysfuncties, in welk geval hij deskundigen consulteert of naar hen doorverwijst, of zich verzekert van adequate begeleiding en/of supervisie.

6d. Settingen van het Zorgprestatiemodel (ZPM)

Setting 1 betreft vrijgevestigde praktijken en is niet van toepassing voor GGzE.

In Setting 2 t/m 8 ligt de focus op ZPM. Naast de zorg vanuit settingen ZPM levert GGzE ook zorg onder andere vanuit Jeugdwet, Wlz, Wmo.

Binnen GGzE, waar zorg wordt geleverd in settingen 2 t/m 8 van het Zorgprestatiemodel (ZPM), maken wij een helder onderscheid tussen begeleiding als onderdeel van een ggz-behandeltraject en begeleiding die plaatsvindt buiten de Zvw-ggz, bijvoorbeeld op basis van de Wmo of Wlz. Een visie op (woon)begeleiding op basis van WLZ wordt ontwikkeld (gereed Q1 2026).

1. Begeleiding binnen settingen 2 t/m 8 (Zvw-ggz)

In de gespecialiseerde ggz (zowel ambulant als klinisch) en de forensische zorg - die vallen onder settingen 2 t/m 8 - is begeleiding slechts toegestaan als ondersteunend aan behandeling. Dit betekent dat begeleiding altijd:

- deel uitmaakt van het Plan;
- gericht is op herstel of verbetering van functioneren bij een psychische aandoening;
- onder verantwoordelijkheid valt van een regiebehandelaar conform het kwaliteitsstatuut.

Begeleiding zonder behandeling - en dus zonder regiebehandelaar - is in deze context niet toegestaan als verzekerde zorg. De inzet van begeleiding wordt afgestemd op de behandeldoelen en vindt plaats binnen het multidisciplinair team dat betrokken is bij het zorgtraject.

2. Begeleiding buiten de Zvw (bijv. Wmo of Wlz)

GGzE biedt, aanvullend op de Zvw-ggz, ook begeleiding vanuit andere financieringsvormen zoals de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Deze vormen van begeleiding richten zich op het versterken van de zelfredzaamheid, het behouden van structuur in het dagelijks leven, het voorkomen van terugval en maatschappelijke participatie.

In deze context is begeleiding wél mogelijk zonder betrokkenheid van een regiebehandelaar, aangezien er geen sprake is van behandeling zoals gedefinieerd in het kwaliteitsstatuut. De begeleiding wordt dan uitgevoerd door gekwalificeerde begeleiders of ervaringsdeskundigen, en afgestemd met de cliënt en eventueel de gemeente of het zorgkantoor.

Setting 2 (ambulant - monodisciplinair) - generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz.

Bij GGZ E krijgt een cliënt in de regel zorg vanuit een multidisciplinair team. Dit team is zodanig samengesteld dat de competenties van de betrokken zorgprofessionals passen bij de problematiek en zorgvraag van de cliënt. Conform het ZPM is, in gevallen waarbij buiten de regiebehandelaar meerdere (minstens 2) behandelaren met verschillende beroepen contact met cliënt hebben, sprake van een multidisciplinaire setting. Hebben minder disciplines contact dan gaat het om een monodisciplinaire setting.

In gevallen dat de zorg enkelvoudig door één zorgprofessional wordt geleverd, is deze in voorkomende situaties ook altijd de regiebehandelaar, zowel in de indicerende- als in de coördinerende rol. In de keuze wie regiebehandelaar in de indicerende en/of coördinerende rol kan zijn, maken we geen onderscheid in setting 2 en 3-8. We behandelen en begeleiden uitsluitend cliënten met complexe en of acute mentale problemen. Dat vraagt in een monodisciplinaire en multidisciplinaire setting dezelfde competenties.

- Betrokkenheid van een andere discipline kan via direct of indirect contact, bijvoorbeeld via een multidisciplinair overleg (MDO) of bilaterale afstemming. De regiebehandelaar bespreekt de uitkomsten van diagnostiek, indicatiestelling en evaluatie in bijvoorbeeld het MDO of bilaterale afstemming met de betrokken discipline. De bij de diagnostiek en indicatiestelling betrokken discipline wordt in het dossier van de cliënt vastgelegd.
- De zorgprofessional die betrokken is bij de diagnostiek en indicatiestelling, behandelt ook daadwerkelijk cliënten voor GGZ E (heeft een eigen caseload binnen de instelling met directe tijd). Hierdoor is opschaling naar direct contact met de cliënt en eventueel een aanvullende rol in diagnostiek en behandeling mogelijk.

Setting 3 tot en met 8:

Setting 3: (ambulant - multidisciplinair)

Setting 4: (outreaching)

Setting 5: (klinisch exclusief forensische en beveiligde zorg)

Setting 6: (forensisch en beveiligde zorg - klinisch)

Setting 7: (forensisch en beveiligde zorg - niet klinisch)

Setting 8: (hoog-specialistisch - ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde)

Alle regiebehandelaren die een indicerende rol op zich nemen, kunnen ook de coördinerende rol op zich nemen. Enkele zorgprofessionals kunnen alleen de coördinerende rol op zich nemen. Dat betekent dat deze professionals een andere professional in de indicerende rol moeten betrekken bij indicatiestelling en diagnostiek

Beroepsgroep	Specificatie van de inzet als regiebehandelaar met een indicerende en/of coördinerende rol:	I	C
GZ-psycholoog	Diagnostiek, indicatiestelling (in afstemming met een art. 14 BIG-beroep) en behandeling van cliënten met uiteenlopende psychische aandoeningen, variërend in complexiteit. Diagnose en behandeling grotendeels op basis van psychologische methoden en de zorgstandaard.	I	C
Klinisch neuropsycholoog	Diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van cliënten met ernstige en complexe meervoudige psychopathologie met behulp van een breed spectrum aan neuropsychologische diagnostiekmethoden en psychologische behandelmethoden. De klinisch neuropsycholoog is gespecialiseerd in cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van hersenletsel en hersendysfuncties (bijvoorbeeld door hersenaandoeningen/ hersenschade).	I	C
Klinisch psycholoog	Diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van cliënten met ernstige en complexe meervoudige psychopathologie met behulp van een breed spectrum aan psychologische diagnostiekmethoden en psychotherapeutische behandelmethoden. De klinisch psycholoog wordt ingezet bij complexe psychologische problematiek waar geen tot weinig richtlijnen voorhanden zijn of als behandelresultaat uitblijft, zowel ambulant als (semi)klinisch.	I	C
Orthopedagoog-generalist*	Voor diagnostiek, behandeling en geneeskundige begeleiding van cliënten (alleen jeugd) in een (complexe) persoonlijke afhankelijkheidsrelatie met (complexe) leer-, gedrags- of ontwikkelingsproblemen, als deze ten laste van de Zvw-gefinancierde geneeskundige ggz of Wfz-gefinancierde forensische zorg komen. Het merendeel van de cliënten voor wie de zorg bekostigd wordt vanuit de Zvw of Wfz, is jongvolwassen of heeft een bijkomende verstandelijke beperking.	-	C
Psychiater	Diagnostiek, indicatiestelling en (psychotherapeutische en farmacotherapeutische) behandeling van cliënten met complexe, meervoudige psychische aandoeningen	I	C

	die meerdere domeinen van het functioneren kunnen betreffen en waar geneeskundige competenties zijn geïndiceerd. De psychiater is geen regiebehandelaar bij de laagcomplexiteit zorg. Psychiater wordt ongeacht de behandelsetting tenminste geconsulteerd bij indicatie/evaluatie betrokken bij: • elektroconvulsie therapie (ECT;) • verplichte zorg Wvvgg/dwang Wgbo; • vermoeden van noodzaak somatisch medisch specialistische zorg; • verzoek om euthanasie/hulp bij zelfdoding.		
Psychotherapeut	Diagnostiek, indicatiestelling en (psychotherapeutische) behandeling bij cliënten met complexe, meervoudige psychische aandoeningen die meerdere domeinen van het functioneren kunnen betreffen. NB: een psychotherapeut kan alleen een indicerende en/ of coördinerende rol als regiebehandelaar vervullen indien de zorgprofessional opgeleid is als GZ- psycholoog	I	C
Specialist ouderengeneeskunde* /klinisch geriater	Diagnostiek, indicatiestelling en (medische en farmacotherapeutische) behandeling van cliënten met complexe, meervoudige psychische, cognitieve en somatische aandoeningen die meerdere domeinen van het functioneren kunnen betreffen en waar geneeskundige competenties zijn geïndiceerd. Daarbij gaat het specifiek om cliënten van (biologisch) oudere leeftijd met een ggz hoofddiagnose waarbij sprake is van multimorbiditeit. Een klinisch geriater of specialist ouderengeneeskunde hebben een indicerende regierol bij voornamelijk somatische vraagstukken en neurocognitieve stoornissen.	I	C
Verpleegkundig specialist ggz	Diagnostiek, indicatiestelling en (verpleegkundig specialistische en farmacotherapeutische) behandeling volgens zorgstandaarden, richtlijnen of protocollen en begeleiding bij cliënten met uiteenlopende psychische aandoeningen, waarbij de primaire focus van behandeling gericht is op de gevolgen van de psychische aandoening en de beperkingen in het interpersoonlijk functioneren. Vaak gaat het om cliënten met een langer bestaande stoornis en /of een	I	C

	hoog-complexe rehabilitatievraag. Een verpleegkundig specialist ggz kan ongeacht de behandelsetting tenminste worden geconsulteerd bij non-respons op (farmacotherapeutische) behandeling en vastgelopen behandelrelaties.		
Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige	Behandeling en begeleiding bij gevolgen van complexe psychiatrische stoornissen en beperkingen met als doel persoonlijk en maatschappelijk herstel. Doelgroep betreft mensen met korte en langduriger rehabilitatie vraag. Coördinerend en uitwerken behandelplan; stelt niet de psychiatrische diagnose noch de medische indicatie.	-	C
Verslavingsarts*	Diagnostiek, indicatiestelling en verslavingsgeneeskundige behandeling van cliënten met complexe, meervoudige psychische aandoeningen die meerdere domeinen van het functioneren kunnen betreffen en waar geneeskundige competenties zijn geïndiceerd. Daarbij gaat het om cliënten met bijvoorbeeld een stoornis in het gebruik van middelen en/of een gokstoornis en/of een gameverslaving als hoofddiagnose. Een verslavingsarts kan bij deze doelgroep, in plaats van een psychiater, ook worden ingeschakeld bij vermoeden van noodzaak somatisch medisch specialistische zorg.	-	C

* Beroepsgroepen die in hun profiel specifieke doelgroepen concreet definiëren: orthopedagoog-generalist, specialist ouderengeneeskunde/geriater en verslavingsartsen. Voor deze beroepsgroepen geldt als aanvullende randvoorwaarde dat zij zich beperken tot de doelgroepen die in hun beroepsprofiel omschreven zijn.

Aanvullend

- Binnen de klinische settingen is een psychiater of klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog (of klinisch geriater binnen de ouderenpsychiatrie) of verpleegkundig specialist ggz lid van het MDO. De bij de diagnostiek en indicatiestelling betrokken discipline wordt in het dossier van de cliënt vastgelegd.
- De regiebehandelaar in de coördinerende rol draagt er zorg voor dat evaluatie minimaal eenmaal per jaar plaatsvindt en in het MDO wordt afgestemd en getoetst. Op indicatie kan evaluatie vaker noodzakelijk zijn. Dit geldt ook voor de klinische setting.
- Tijdens deze evaluatie wordt tevens beoordeeld of de rol van regiebehandelaar door de passende discipline wordt uitgevoerd.
- De zorgprofessional die betrokken is bij de diagnostiek en indicatiestelling behandelt daadwerkelijk cliënten voor dezelfde instelling (heeft een eigen caseload binnen de instelling met directe tijd). Hierdoor is opschaling naar direct contact met de cliënt en eventueel een aanvullende rol in diagnostiek en behandeling mogelijk.
- De zorgstandaard Acute psychiatrie (ZSAP) wordt inhoudelijk gevolgd, maar wat betreft de bevoegd- en bekwaamheden van de betrokken zorgprofessionals, is de wet BIG leidend.

Dat betekent dat de verpleegkundig specialist ggz en de klinisch (neuro)psycholoog ook in de acute zorg de indicerende rol op zich kunnen nemen. Een psychiater is in de acute psychiatrie altijd lid van het MDO en voor consultatie bereikbaar en beschikbaar.

6e. Overgangsregeling voor de doelgroep 18- / 18+

Indien een cliënt tijdens de behandeling de 18-jarige leeftijd bereikt, vervalt de aanspraak op de vergoeding onder de Jeugdwet. Voortzetting of afronding van de behandeling dient in dat geval onder de Zorgverzekeringswet plaats te vinden. Als vanwege de opgebouwde behandelrelatie de cliënt de zorg bij de bestaande (regie)behandelaar voort wens te zetten, maar dit wordt verhinderd door de verplichting voortvloeiend uit het LKS ggz, kan de cliënt gebruikmaken van de overgangsregeling onder de volgende voorwaarden:

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

Deze overgangsregeling is van kracht sinds 1 januari 2017 en blijft van kracht tot er een andere regeling is afgesproken.

7. Structurele samenwerkingspartners

GGzE werkt landelijk en (boven)regionaal samen met tal van samenwerkingspartners bij de behandeling en begeleiding van cliënten. Samenwerkingsafspraken zijn vastgelegd in een overeenkomst of een regionaal convenant. In paragraaf 5 van dit document zijn samenwerkingspartners genoemd waar intensief mee wordt samengewerkt.

8. Lerend netwerk

Het lerend netwerk binnen GGzE bestaat uit (zorg)professionals die op systematische wijze op hun handelen reflecteren en perspectieven van anderen daarin meenemen die de behandeling en begeleiding van cliënten ten goede komen. Kortom: leren, ontwikkelen en verbeteren. GGzE geeft op verschillende niveaus vorm aan een (multidisciplinair) lerend netwerk.

Cliëtniveau

- Expertmeetings
Een cliënt kan aangemeld worden om vanuit multidisciplinaire expertise besproken te worden in een regulier geplande expertmeeting. Bijvoorbeeld wanneer een behandeling dreigt vast te lopen.
- Tussentijdse evaluatie
Regiebehandelaren in de indicerende en coördinerende rol evalueren gezamenlijk op regelmatige basis tijdens het zorgproces. Als beide rollen door één regiebehandelaar worden ingevuld, raadpleegt deze een andere zorgprofessional die de rol van regiebehandeling op zich kan nemen uit het eigen multidisciplinaire team.
- Casuïstiekbesprekingen in het kader van zorgcoördinatie en opleiding.

- Bespreking van cliënttevredenheidsonderzoeken (cliënt ervaringsmeting (CEM), die jaarlijks en bij de afsluiting van de behandeling wordt afgenomen.)
- Consultaties in het kader van de Wvggz en een consultatie/second opinion in het algemeen.

Teamniveau

- Periodieke bijeenkomsten van het eigen multidisciplinaire team waarbij continu verbeteren en innoveren centraal staat.
- Teamreflecties (bijv. Harmony methode bij suïcide, Safewards bij agressie) en spiegelgesprekken.
- Kwaliteitsoverleg
- Moreel beraad.
- Intervisies en coaching.
- Onafhankelijk onderzoek (interne of externe audits en tevredenheidsmetingen) om betrokken zorgprofessionals inzicht te geven in leer- en verbeterpunten op cliëntniveau. Het gaat hierbij o.a. om het werken volgens de behandelrichtlijn, adequate verslaglegging en multidisciplinaire samenwerkingsaspecten.

Expertiseniveau

- Reflectie op het eigen handelen als zorgprofessional, in intervisiegroepen.
- Interne onderzoeken op basis van de PRISMA-methodiek (een systematische aanpak om incidenten te analyseren en verbetermaatregelen te formuleren), Ontwikkel-, Kennis- en Innovatienetwerken (OKI's) en expertbijeenkomsten.
- Deelname aan een regionaal- en/of landelijk leernetwerk en uitwisselingen zoals Supranet (in het kader van suïcidepreventie), Volante (samenwerkingsverband op het gebied van kwaliteitsverhoging en innovatie) en Academische werkplaatsen. 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.
- Als de regiebehandelaar bij de cliënt zowel de rol van indicierend als coördinerend regiebehandelaar vervult, maakt hij afspraken over consultatiemogelijkheden op casusniveau binnen zijn lerende netwerk.
- Medisch specialisten ondergaan elke 5 jaar een visitatie t.b.v. herregistratie binnen het kader van de Wet BIG onder supervisie van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Conform het systeem van Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS) vindt tweejaarlijks een interne evaluatie van het functioneren van het professioneel handelen van medisch specialisten plaats.
- De opleidingen hebben in toenemende mate aandacht voor interprofessioneel leren als onderdeel van het leerklimaat. In opleidingsvisitaties is hier aandacht voor. Dit stimuleren we bijvoorbeeld door de genoemde referaten en ook door een gezamenlijke studiemiddag voor vervolgoopleidingen. Eveneens stimuleren opleiders in toenemende mate dat opleidingen (bv. AIOS, VIOS en GIOS) van verschillende vervolgoopleidingen samen werken aan bijvoorbeeld innovatie- en onderzoeksopdrachten. Zo komt er steeds meer kruisbestuiving.

Organisatieniveau

- Meerjarenbeleidsplan Academisering met aandacht voor het optimaliseren van kennisontwikkeling en kennisdeling (op het gebied van wetenschap-, onderwijs- en zorginnovatie).
- Werkconferenties.
- Refereerbijeenkomsten en multidisciplinaire, geaccrediteerde behandelarendagen en artsendagen waar ingegaan wordt op actuele thema's.
- Verantwoording aan (zowel interne als externe) toezichhouders en financiers op een wijze waarbij de dialoog centraal staat. Het goede gesprek over de kwaliteit en doelmatigheid van zorg staat hierbij voorop.
- Managementontmoetingen.
- Leiderschapsprogramma.
- Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E)
- Interne en externe audits.

II. Organisatie van de zorg

9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

9a. Hoe blijven zorgprofessionals bevoegd en bekwaam?

GGzE draagt er zorg voor dat alleen bevoegde en bekwame zorgprofessionals, (regie)behandelaar zijn. GGzE controleert of een nieuwe zorgprofessional voldoet aan de functie-eisen zoals ook vastgelegd in functieprofielen. GGzE raadpleegt hiervoor het BIG-register en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, en we eisen van zorgprofessionals een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG). Zorgprofessionals die voldoen aan de eisen van wet BIG, staan ingeschreven in het BIG-register en herregistreren zich om de 5 jaar. Zorgprofessionals met een HBO-functie of hoger die jeugdigen behandelen en niet staan ingeschreven in het BIG-register, moeten zich registreren in het SKJ (Kwaliteitsregister Jeugd).

GGzE hecht waarde aan de groei van zorgprofessionals; een jaargesprek met een individuele zorgprofessional draagt daartoe bij. Tijdens zo'n jaargesprek wordt stilgestaan bij bekwaamheid, de ontwikkelbehoefte en hoe we daar vanuit GGzE de ruimte voor kunnen bieden, op basis van het meerjarenbeleid Leren & ontwikkelen. De zorgprofessional heeft een eigen verantwoordelijkheid om te voldoen aan de eisen die de beroepsgroep en GGzE stelt.

9b. Hoe handelen zorgprofessionals volgens kwaliteits- en zorgstandaarden of richtlijnen?

Ten eerste zijn de relevante kwaliteits- en zorgstandaarden of richtlijnen beschikbaar via ons digitaal documentmanagementsysteem (iKnow) met daarnaast de somatische protocollen (bijvoorbeeld risicovolle en voorbehouden handelingen) van Vilans. Bij een planbespreking of multidisciplinair overleg wordt op cliëntniveau getoetst of er gewerkt wordt volgens de behandelrichtlijnen. Overdracht, overplaatsing of expertmeetings kunnen ook aanleiding zijn om behandelstandaarden te bespreken. Ook kan gericht onderzoek plaatsvinden bij het vastlopen van een behandelrelatie of bij een vermoeden van een calamiteit in de zorg alwaar getoetst wordt door onafhankelijke (zorg)professionals of gehandeld is volgens de kwaliteit/ behandelnorm.

9c. Hoe houden zorgprofessionals hun deskundigheid op peil?

Elke zorgprofessional heeft de verantwoordelijkheid om de eigen deskundigheid op peil te houden en verder te ontwikkelen. GGzE stelt een aantal scholingsonderdelen verplicht middels het Leer Management Systeem met discipline-specifieke opleidingsmodules. Deze verplichte leeractiviteiten zijn vastgesteld op basis van wet- en regelgeving en externe kwaliteitsrichtlijnen. Daarnaast geldt voor diverse beroepsgroepen een (her)registratieverplichting, waarbij de bijbehorende leeractiviteiten aanvullend zijn op de noodzakelijke leeractiviteiten.

. Binnen GGzE krijgen zorgprofessionals de mogelijkheid om deel te nemen aan conferenties en wordt vanuit specialistische opleidingen na- en bijscholing aangeboden om vakinhoudelijke en praktijkkennis op peil te houden en te gebruiken. Op allerlei manieren wordt de deskundigheid bevorderd, zoals het volgen van opleidingen en trainingen, intervisie en supervisie, deelname aan kennisevenementen, samenwerken en kennisdelen met collega's en via OKI's. Reflectie en feedback spelen hierbij een belangrijke rol.

GGzE ondersteunt dit proces door een breed leeraanbod te faciliteren via een leerportaal, organisatie en accreditatie van leeractiviteiten en het systematisch inventariseren, prioriteren en evalueren van leerbehoeften. Daarnaast zijn er afspraken en richtlijnen over vergoedingen in kosten en tijd.

Deskundigheidsbevordering is zowel centraal als decentraal georganiseerd. Centraal worden kaders en randvoorwaarden vastgesteld, terwijl het leren zo veel mogelijk decentraal plaatsvindt rondom de dagelijkse werkpraktijk. Om de kwaliteit te borgen, wordt de kwaliteit van het leeraanbod systematisch beoordeeld op zowel inhoud als didactiek. Zo groeit GGzE verder als lerende organisatie.

10. Samenwerking

10a. Hoe werken zorgprofessionals binnen GGzE samen?

De samenwerking tussen zorgprofessionals

Samenwerking vindt plaats vanuit verschillende invalshoeken. Voor de indicatie, diagnose en behandeling van een cliënt wordt samengewerkt door een multidisciplinair team dat gekoppeld is aan een cliënt. Zij zijn verantwoordelijk voor de keuzes die ze maken binnen het traject van behandeling en begeleiding. Maar ook als het gaat om innovatie, organisatie en opleiden wordt multidisciplinair samengewerkt.

Medebehandelaren

Met de medebehandelaar (hieronder vallen alle zorgprofessionals naast de regiebehandelaren) worden alle zorgprofessionals bedoeld die uitvoering geven aan (een deel van) de behandeling (en eventuele begeleiding indien die naast de behandeling plaatsvindt) van een cliënt.

Medebehandelaar is dus plan specifiek en niet zorgprofessional specifiek. Daarmee wordt bedoeld dat een zorgprofessional die regiebehandelaar is voor de ene cliënt, een medebehandelaar kan zijn in de behandeling van een andere cliënt net als medebehandelaren die geen regiebehandelrol hebben op basis van hun opleiding en competenties,

Hij vervult daarmee niet een rol van regiebehandelaar, maar speelt wel een cruciale rol in het proces van diagnostiek, indicatiestelling, interventies uitvoeren en coördineren en evalueren. De medebehandelaar heeft specifieke taken en verantwoordelijkheden.

- Geeft binnen de kaders van het plan zelfstandig uitvoering aan delen daarvan.
- Is verantwoordelijk voor het eigen handelen op dat betreffende deel van het plan.
- Voorziet de regiebehandelaar regelmatig en op tijd van relevante informatie.
- Volgt aanwijzingen van de regiebehandelaar op voor zover deze verenigbaar zijn met zijn eigen deskundige oordeel en meldt expliciet bij de regiebehandelaar als hij geen vervolg geeft aan diens aanwijzingen.
- Sluit zijn deel van de behandeling (of begeleiding) af en maakt hiervan een aantekening in het dossier. En stelt ook de regiebehandelaar in kennis van de inhoud en resultaten daarvan.

(Woon)begeleiding wordt uitgevoerd door o.a. begeleiders met een verpleegkundige of agogische opleiding, verzorgenden, helpenden, ervaringsdeskundigen.

Lijnorganisatie, toezicht en medezeggenschap

De raad van toezicht bewaakt een evenwicht tussen controle en 'stewardship', waarbij vertrouwen, open dialoog en betrokkenheid centraal staan. Dat doen zij vanuit drie rollen:

- Toezichthoudende rol: bewaken van de maatschappelijke opdracht, goedkeuring van fundamentele besluiten en toetsing aan wet- en regelgeving.
- Adviserende rol: fungeren als 'critical friend' voor de raad van bestuur en het voeren van een open dialoog over strategische vraagstukken.
- Werkgeversrol: beoordelen van de geschiktheid en prestaties van de raad van bestuur.

De missie, visie en overtuigingen van GGzE vormen het kader waarbinnen de raad van toezicht vanuit haar perspectief kijkt naar:

- De kwaliteit van zorg die GGzE levert.
- De aandacht voor de (zorg)professionals van GGzE, aansluitend bij het perspectief van de professionals als leidend principe in de strategie (als we goed voor onze zorgprofessionals zorgen, zorgen zij goed voor onze cliënten).
- De bijbehorende inrichting en ontwikkeling van de organisatie.
- De financiële continuïteit en betrouwbaarheid van GGzE.

Het college geneesheren-directeur is een onafhankelijk bestuursorgaan en ziet toe op de algemene gang van zaken op het terrein van zorg en de rechtspositie van de cliënt. Het college ziet erop toe dat voldoende mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid worden geboden om daarmee verplichte zorg zoveel mogelijk te voorkomen. Het college geneesheren-directeur adviseert de raad van bestuur over juridische en ethische aspecten en kwaliteit van zorg en signaleert tekortkomingen in de kwaliteit van zorg in brede zin.

De raad van bestuur is eindverantwoordelijk voor de algemene en dagelijkse leiding van de stichting en de daarmee verbonden zorgorganisatie, onder meer:

- de realisatie van de maatschappelijke doelstellingen;
- de strategie, het beleid en de daaruit voortvloeiende resultatenontwikkeling;

- de kwaliteit en veiligheid van de door of vanuit de stichting geleverde zorg- en dienstverlening;
- het beheersen van de risico's, de financiering en resultaten;
- een doelmatige, transparante en samenhangende bedrijfsvoering;
- het inspelen op relevante uitdagingen in de samenleving;
- het bevorderen van maatschappelijk ondernemerschap van en innovatie door de (zorg)professionals;
- het realiseren van goed werkgeverschap voor de (zorg)professionals van de stichting die voor hun professioneel handelen ruimte en vertrouwen krijgen;
- alsmede de naleving van wet- en regelgeving.

De raad van bestuur verwoordt de overtuigingen van de stichting, draagt deze actief uit en bevordert een cultuur die daarmee in overeenstemming is.

De raad van bestuur voert een actief en transparant beleid voor de omgang met de medezeggenschapsorganen en schept de randvoorwaarden en waarborgen voor een adequate invloed van de belanghebbenden ten aanzien van de zorg- en dienstverlening van de stichting.

GGzE kent een lijnorganisatie met verschillende organisatieonderdelen waarbij duale aansturing plaatsvindt (naast een manager bedrijfsvoering een manager behandeling).

Zorgprofessionals, werkzaam in drie divisies met een duale/integrale directie - Volwassenen lokaal & jeugd (VLJ), Volwassenen centraal & ouderen (VCO) en Forensische & intensieve Behandeling (FIB) - leveren zorg aan cliënten. De divisies zijn onderverdeeld in eenheden die eveneens duaal worden aangestuurd. Zij worden gefaciliteerd door de ondersteunende diensten: Mens & Organisatie (M&O), Financiën & Informatie (F&I), Facilitair bedrijf en het Bestuursbureau raad van bestuur waar ook het team communicatieonderdeel van uitmaakt. Het college geneesheren-directeur ziet toe op de rechtspositie van de cliënt bij wie verplichte zorg wordt toegepast en op de kwaliteit van zorg die de cliënt ontvangt. Zij hebben een adviserende rol in de vrijwillige zorg en een aanwijzing gevend mandaat in de verplichte zorg (Wvvgz). Ze doen dat vanuit een collegiale verhouding en met een duidelijke portfeuilleverdeling voor de gehele instelling.

Elke directie van een divisie stuurt management van eenheden aan. Ook hier vormt duaal leiderschap het uitgangspunt (bedrijfsmatig en inhoudelijk). Binnen een eenheid valt een aantal teams, waarbij een teamleider het eerste aanspreekpunt is voor teams. Daarnaast zijn er ondersteunende stafafdelingen met professionals die advies geven en daarmee de borging van de deskundigheid van de discipline/eenheid mede vormgeven naast de individuele verantwoordelijkheid.

Onderstaand een overzicht wie binnen GGzE welke verantwoordelijkheden draagt.

Raad van toezicht	Houdt toezicht op maatschappelijke opdracht van de raad van bestuur, goedkeuring van fundamentele besluiten en toetsing aan wet- en regelgeving.
Raad van bestuur	Integraal verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering van de organisatie en de kwaliteit van de zorg conform de maatschappelijke opdracht. Bij delegeren van taken blijft zij verantwoordelijk voor afstemming, coördinatie en juiste uitvoering.

College Geneesheren-directeur	Het college geneesheren-directeur ziet toe op de algemene gang van zaken op het terrein van zorg en de rechtspositie van de cliënt en ziet erop toe dat voldoende mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid worden geboden om daarmee verplichte zorg zoveel mogelijk te voorkomen.
Directeur behandeling	Duaal en integraal verantwoordelijk voor de gang van zaken binnen een specifiek deelgebied (Volwassenen lokaal & jeugd, Volwassenen centraal & ouderen, Forensische & intensieve behandeling) en in het bijzonder de kwaliteit van geboden cliëntenzorg. Er wordt - tezamen met de directeur bedrijfsvoering - kwalitatief hoogwaardig en toetsbaar strategisch beleid van het toegewezen organisatieonderdeel ontwikkeld, uitgevoerd en geëvalueerd, passend binnen de besturings- en zorgvisie van GGzE. Bovendien wordt een bijdrage geleverd aan de organisatieonderdeel overstijgende beleidsvorming op strategisch niveau en wordt als zodanig mede richting wordt gegeven aan de strategische koers, positie en ontwikkelingsmogelijkheden van de instelling.
Directeur bedrijfsvoering	Duaal en integraal verantwoordelijk voor de gang van zaken binnen een specifiek deelgebied (Volwassenen lokaal & jeugd, Volwassenen centraal & ouderen, Forensische & intensieve behandeling) en in het bijzonder de bedrijfsvoering. Er wordt - tezamen met de directeur behandeling kwalitatief hoogwaardig en toetsbaar strategisch beleid van het toegewezen organisatieonderdeel ontwikkeld, uitgevoerd en geëvalueerd, passend binnen de besturings- en zorgvisie van GGzE. Bovendien wordt een bijdrage geleverd aan de organisatieonderdeel overstijgende beleidsvorming op strategisch niveau en wordt als zodanig mede richting wordt gegeven aan de strategische koers, positie en ontwikkelingsmogelijkheden van de instelling.
Directeur Financiën & Informatie	Integraal verantwoordelijk voor de inrichting van de administratieve organisatie en interne controle met betrekking tot een juiste financiële registratie en verantwoording van de geleverde zorg conform de wettelijke en contractuele afspraken De directeur Financiën en Informatie is verantwoordelijk voor het ontwikkelen en uitvoeren van het financieel- en informatiebeleid van de organisatie. Hij of zij bewaakt de financiële gezondheid, stelt begrotingen en jaarrekeningen op en zorgt voor betrouwbare managementinformatie. Daarnaast stuurt de directeur de informatievoorziening en ICT aan, zodat de organisatie beschikt over actuele en betrouwbare data voor beleidsvorming en operationele sturing. Ook speelt de directeur een strategische rol in het vertalen van externe ontwikkelingen naar interne verbeteringen op financieel en informatief vlak.
Directeur Mens & Organisatie	Verantwoordelijk voor het M&O beleid binnen GGzE. De directeur M&O is verantwoordelijk voor het ontwikkelen en uitvoeren van het strategisch M&O-beleid van de organisatie. De directeur M&O zorgt voor een toekomstgerichte personeelsstrategie, gericht op instroom, doorstroom en behoud van medewerkers. Daarnaast bewaakt de directeur M&O de ontwikkeling van goed werkgeverschap, duurzame inzetbaarheid en een positieve organisatiecultuur. Ook speelt de directeur een strategische rol in het vertalen van externe arbeidsmarktontwikkelingen naar interne beleidsaanpassingen en organisatieontwikkeling.
Manager behandeling eenheid	Integraal verantwoordelijk voor de gang van zaken binnen een eenheid, in het bijzonder de kwaliteit van geboden cliëntenzorg.

	De manager behandeling geeft integraal en duaal sturing aan de eenheid op zorg- & bedrijfsvoeringsniveau waarbij de focus ligt op het optimale verloop van de zorgprocessen. Tevens verantwoordelijk voor de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van kwalitatief hoogwaardig en toetsbaar tactisch en operationeel eenheidsbeleid, passend binnen de besturings- en zorgvisie van de instelling en de meerjarenstrategie. Daarnaast leveren van een bijdrage geleverd aan de eenheid-overstijgende strategische en tactische beleidsvorming.
Manager bedrijfsvoering eenheid	Integraal verantwoordelijk voor de gang van zaken binnen een eenheid, in het bijzonder de bedrijfsvoering. De manager bedrijfsvoering geeft integraal en duaal sturing aan de eenheid op zorg- & bedrijfsvoeringsprocessen waarbij de focus ligt op het optimale verloop van de bedrijfsvoeringsprocessen. Tevens wordt kwalitatief hoogwaardig en toetsbaar tactisch en operationeel beleid voor de eenheid ontwikkeld, uitgevoerd en geëvalueerd, passend binnen de besturings- en zorgvisie van de instelling en de meerjarenstrategie. Bijdragen worden geleverd aan de eenheid-overstijgende strategische en tactische beleidsvorming.
Teamleider	Verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering, planning, logistiek en professionaliteit van de zorg binnen een team. Het op een verbindende en coachende manier leidinggeven aan team(s), binnen de afgesproken kaders en passend bij het beleid van GGzE. Zorgt voor een goed werkklimaat en optimale zorg- en/of dienstverlening binnen de teams. De teamleider stuurt op inzet van medewerkers en middelen, bewaakt de formatie en doelmatigheid, en voert het deeljaarplan uit. Daarnaast wordt een bijdrage geleverd aan de beleidsontwikkeling op tactisch en/of operationeel niveau.
(Zorg)professionals	Professionele verantwoordelijkheid vanuit specifieke deskundigheid en beroepscodes. Verantwoordelijk zich te houden aan de door de instelling opgestelde protocollen en richtlijnen. (Zorg)professionals leveren samen veilige, deskundige en cliëntgerichte zorg. Ze volgen richtlijnen, werken volgens wet- en regelgeving en stemmen goed af binnen teams. Iedereen draagt bij door zorgvuldig te rapporteren, zich professioneel te ontwikkelen en actief mee te denken over verbetering van de zorg en ondersteuning.

10b. Hoe is de wijze van informatie-uitwisseling, overdracht en overleg geregeld?

De regiebehandelaar heeft is verantwoordelijk voor het registratie- en verantwoordingsproces. De regiebehandelaar ziet erop toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Belangrijk hierbij is dat de regiebehandelaar op de hoogte is van de geldende wet- en regelgeving.

Het is hierbij mogelijk dat delen van (administratieve) werkzaamheden onder toezicht van anderen dan de regiebehandelaar worden uitgevoerd. De regiebehandelaar blijft daarbij verantwoordelijk en borgt de kwaliteit door middel van controles. Op frequente basis vindt overdracht en afstemming tussen (zorg)professionals plaats. Tenminste eenmaal per jaar vindt een planbespreking plaats met alle betrokken disciplines waarbij in het EPD van betreffende cliënt verslaglegging wordt gemaakt. En de huisarts wordt hierover geïnformeerd.

10c. Het verloop van het op- en afschalen van de zorgverlening

Een multidisciplinair overleg is een moment waarbij de doelstellingen van behandeling/ begeleiding worden geëvalueerd. Op dat moment kan zorg op- of afgeschaald worden en besloten worden tot best passende zorgverlening aan cliënt. Een onvoorziene acute situatie of crisis kan ook veroorzaken dat zorg intensivering noodzakelijk is.

Wisseling van regiebehandelaar

Vanwege het belang van continuïteit van zorg is een wisseling van regiebehandelaar in beginsel ongewenst. Een wisseling van regiebehandelaar gebeurt in afstemming met de cliënt en eventueel zijn naasten, en is mogelijk of wenselijk in geval van:

- een nieuwe fase van de behandeling;
- een wijziging in het plan, met als gevolg wijziging van de zorgprofessional(s) of van het zwaartepunt in de behandeling;
- een verzoek van de cliënt (met redenen omkleed);
- niet-beschikbaar zijn van de regiebehandelaar gedurende langere tijd (bijvoorbeeld in geval van ziekte, overplaatsing of ontslag).

Bij wisseling van regiebehandelaar is de overdragende regiebehandelaar verantwoordelijk voor een goede overdracht van alle gemaakte afspraken en borging daarvan in het cliëntdossier.

10d. Wat te doen indien er een verschil in visie bestaat?

Wanneer een verschil in visie ontstaat tussen zorgprofessionals over de inhoud van zorg voor een cliënt, bespreken zorgprofessionals dit met elkaar. Wanneer de zorgprofessional zich niet kan neerleggen bij het besluit van een regiebehandelaar of wanneer hij meent dat bepaalde regels of gewoonten in strijd zijn met de eisen van een zorgvuldige hulpverlening conform den professionele standaard/beroepscode, kan hij zich wenden tot de manager behandeling van de afdeling of tot de directie.

11. Dossiervoering en omgang met cliëntgegevens

11a. Toestemming vragen aan cliënt bij verstrekken van gegevens

Gegevens die te maken hebben met de behandeling en/of begeleiding worden opgeslagen in een elektronisch patiëntendossier (EPD). Dit dossier is alleen toegankelijk voor de cliënt en voor zorgprofessionals van GGzE die betrokken zijn bij de behandeling en hiervoor geautoriseerd zijn.

Volgens een privacy erkende procedure 'Inzage en afschrift/informatie uit dossier aan cliënt', kunnen cliënten hun dossier te allen tijde inzien, opvragen, aanvullen of vragen om vernietiging. Tot zes maanden na afsluiting van de behandeling is de regiebehandelaar verantwoordelijk en na zes maanden gaat dit (momenteel) in overleg met de geneesheer-directeur.

GGzE hecht veel waarde aan een zorgvuldige naleving van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

Een cliëntendossier kent een wettelijke bewaartermijn en deze termijn is afhankelijk vanuit welke wetgeving de zorg gefinancierd wordt. Voor de Wvvgz geldt een wettelijke minimale bewaartermijn van vijf jaar.

Financieringsstroom	Bewaar termijn	Wettelijke basis	Toelichting
Zorgverzekeringswet (Zvw)	20 jaar	Wgbo -	Voor BGGZ en SGGZ; 20 jaar na laatste wijziging in dossier
Jeugdwet	15 jaar	Jeugdwet	Vanaf de datum van vastlegging; soms langer bij complexiteit of klachten
Wet langdurige zorg (Wlz)	20 jaar	Wgbo	Intramurale ggz-zorg met verblijf of indicatie via CIZ
Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	Richtlijn: 15 jaar*	Geen vaste landelijke termijn	Gemeenten hanteren vaak 15 jaar, maar dit kan lokaal afwijken
Forensische zorg (DJI / Justitie)	20 jaar of langer	Wgbo + Archiefwet	Justitiële dossiers kunnen langer worden bewaard vanwege strafrechtelijke eisen

Gegevens van cliënten kunnen worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. De Wetenschapscommissie van GGzE toetst onderzoeksprotocollen op relevantie, uitvoeringsaspecten, ethische aspecten en wetenschappelijke kwaliteit. Een cliënt wordt altijd om toestemming gevraagd voordat hun gegevens voor wetenschappelijk onderzoek mogen worden gebruikt. Cliënten kunnen te allen tijde bezwaar maken tegen het gebruik van hun gegevens voor onderzoek of eerder gegeven toestemming intrekken.

11b. Het doorbreken van het beroepsgeheim

Elke (zorg)professional binnen GGzE heeft een eigenstandig of afgeleid beroepsgeheim. GGzE heeft het naleven van het beroepsgeheim hoog in het vaandel staan. Indien het noodzakelijk is dat gegevens over de behandeling gedeeld moeten worden met andere (zorg)professionals of instanties die niet bij de behandeling zijn betrokken, wordt er eerst toestemming gevraagd aan de cliënt.

In situaties waarin overwogen wordt het beroepsgeheim te doorbreken, gelden de richtlijnen van de betreffende beroepsgroep. In het GGzE protocol 'Gegevens delen in het kader van beroepsgeheim' staat beschreven dat het beroepsgeheim mag worden doorbroken als er toestemming is van de cliënt, als er een meldplicht is, als er een meldrecht is, als er een zwaarwegend belang van derden is, of als er een conflict van plichten is. Bij een vermoeden van kindermishandeling of huiselijk geweld is dit in een meldrecht vastgelegd in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

11c. Classificatie niet verstrekken aan verzekeraar

GGzE heeft een procedure opgesteld indien een cliënt zijn (DSM) classificatie niet kenbaar wil maken aan zijn zorgverzekeraar Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Hierbij is het noodzakelijk dat een cliënt een privacyverklaring tekent waardoor er geen diagnosegegevens aangeleverd worden.

12. Klachten en geschillenregeling

Als een cliënt ontevreden is over de zorg op wat voor manier dan ook, willen wij graag dat dit aan ons wordt gemeld. Alleen dan kunnen wij onze dienstverlening verbeteren. Cliënten worden gestimuleerd de klacht eerst te bespreken met de direct betrokken (zorg)professional. Als dit om wat voor reden niet mogelijk is, kan contact worden gezocht met diens leidinggevende.

Wanneer een cliënt hier zelf niet uitkomt, dan kan hij ondersteuning vragen van een vertrouwenspersoon of een klacht indienen. Voor alle doelgroepen en wettelijke kaders zijn onafhankelijke klachtenfuncties ingericht en vertrouwenspersonen beschikbaar.

Wanneer familie of naasten een vraag hebben rondom de zorg kunnen zij hiervoor de familievertrouwenspersoon (FVP) raadplegen. De FVP is niet in dienst van GGzE, maar werkt bij de landelijke stichting FVP. Zij zijn onafhankelijk en hebben een geheimhoudingsplicht. De FVP is beschikbaar voor naasten van alle cliënten.

Meer informatie over de vertrouwenspersonen, klachtenfunctionaris en de klachtencommissie, inclusief klachten- en geschillenregelingen is te vinden op [Klachten en vertrouwenspersonen cliënten en naasten | GGzE](#).

III. Het zorgproces - het traject dat de cliënt doorloopt binnen GGzE

13. Informatie over de wachttijd voor intake / probleemanalyse en behandeling en begeleiding

GGzE streeft naar een toegang zonder wachttijden, maar soms is de vraag groter dan het aanbod dat we op dat moment kunnen bieden. Om de cliënt een idee te geven hoe lang de gemiddelde wachttijd is, wordt er maandelijks een lijst gepubliceerd met de actuele wachttijden.

GGzE onderscheidt 3 soorten wachttijden:

- Wachttijd tot intake behandeling (aanmeldingswachttijd); dit is het gemiddeld aantal weken tussen aanmelding en het moment dat het intakegesprek plaatsvindt;
- Wachttijd na intake behandeling (behandelingswachttijd); dit is de gemiddelde wachttijd tussen intake en het eerste behandelcontact;
- Wachttijd Wmo-ondersteuning; dit is het gemiddelde aantal weken tussen de beschikking van de gemeente en de start van de zorg.

Voor wachtlijstbemiddeling kunnen cliënten zich richten tot de eigen zorgverzekeraar.

Bij andere vragen kan contact opgenomen worden met GGzE Entreeteam ambulant:

[\(040\) 296 77 66](tel:040-2967766).

Voor aanvullende informatie, zie www.ggze.nl/zorg-bij-ggze/wachttijden

14. De aanmelding en intake-/probleemanalyse

Het voortraject bij verwijzer - de aanmelding

Veelal ontvangt GGzE een digitale verwijzing via zorgdomein van de huisarts of specialist. Het is de verantwoordelijkheid van de verwijzer dat de cliënt een verwijzing heeft die voldoet aan de daarvoor opgestelde veldnormen. Voor de actuele verwijzingsafspraken zie:

www.zorgprestatie.nl Deze route geldt voor behandeling geboden vanuit de ZVW en jeugdwet en op hoofdlijn ook bij de forensische zorg.

Begeleiding kent een andere toeleiding waar op onderdelen de gemeente een indicerende rol heeft. Bij uitsluitend begeleiding is zoals eerder beschreven, geen regiebehandelaar betrokken en daarmee ook niet het hier beschreven intake. De cliënt wordt eerst uitgenodigd voor een intakegesprek. Op de website van GGzE staan de actuele wachttijden voor intake en behandeling. Als de intake of behandeling niet binnen de gestelde Treeknormen kan aanvangen, kan de cliënt zich wenden tot zorgbemiddeling van de eigen zorgverzekeraar/financier. Tot het moment dat de intake bij de regiebehandelaar heeft plaatsgevonden, is de verwijzer de eerstverantwoordelijke voor de cliënt. GGzE neemt de verantwoordelijkheid voor de cliënt over na de intake met de regiebehandelaar, mits de behandeling is overeengekomen in een geaccordeerd plan.

Intake/probleemanalyse

Om de beste behandeling te kunnen geven is veel informatie nodig. Bijvoorbeeld: wat voor klachten ervaart iemand? Wat wil de cliënt met onze op herstelgerichte ondersteuning bereiken? In sommige gevallen wordt vooraf gevraagd om een aantal vragen (digitaal) in te vullen. Daarnaast geeft GGzE (digitaal) informatie en tips en tools om persoonlijke keuzes te kunnen maken (zelfmanagement).

Met cliënt en naasten (familie of bekende) wordt een netwerkintake gehouden.

De regiebehandelaar bespreekt met de cliënt en/of naaste welke problematiek aanwezig is en of er een effectief en doelmatig aanbod kan worden geformuleerd dat aansluit op de herstelbehoefte, doelen, wensen en mogelijkheden van de cliënt. Na de intakefase beslissen cliënt en regiebehandelaar samen welke behandeling het beste past. Vaak is er sprake van de inzet van blended care door een combinatie van groepsbehandeling, eHealth en individuele gesprekken binnen het kader van zorgprogramma's. Samen worden de aard en intensiteit van de behandeling en de startdatum bepaald (shared decision making) en vastgelegd in de zorgovereenkomst. De verwijzer wordt bij de start van de behandeling schriftelijk in kennis gesteld, tenzij de cliënt hiertegen bezwaar maakt.

Indien het zorgaanbod van een andere instelling beter bij de cliënt past, wordt doorverwezen naar een andere zorgaanbieder (bijvoorbeeld een behandelaar met een specifieke deskundigheid). Als GGzE geen passende doorverwijzing kan doen, of in het geval de cliënt niet in aanmerking komt voor behandeling in de ggz, verwijst de regiebehandelaar de cliënt terug naar de huisarts/verwijzer met een advies voor een passend vervolg.

Bij de intake/probleemanalyse legt de regiebehandelaar vast wie als centraal aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en aanvang van de behandeling en begeleiding. De cliënt wordt hierover geïnformeerd. Ook bespreekt de regiebehandelaar met de cliënt hoe te handelen als in deze periode de toestand van de cliënt verergert (bijvoorbeeld bij een crisis) en op welke manier waarneming is geregeld mocht de regiebehandelaar afwezig zijn.

15. Indicatiestelling en diagnose

De regiebehandelaar in de indicerende rol is verantwoordelijk voor het (doen) vaststellen van de beschrijvende diagnose. De cliënt en, met toestemming van de cliënt, zijn naasten worden op een voor hen begrijpelijke wijze geïnformeerd van de diagnose en wat het betekent om die diagnose te hebben. De relevante opties voor behandeling (en begeleiding?) worden uitgelegd. Samen met de cliënt wordt afgesproken wat het traject zal zijn.

In de diagnostische fase is, afhankelijk van de klachten, de inzet van meerdere zorgprofessionals vanuit aanpalende vakgebieden gewenst. Het stellen van een diagnose gebeurt door uitgebreid en nauwkeurig psychiatrisch, psychologisch en/of verpleegkundig onderzoek volgens de daarvoor geldende richtlijnen. Soms is ook inzet van metingen of laboratoriumonderzoek nodig.

Aan het eind van deze fase bereiken de regiebehandelaar en de cliënt overeenstemming over de beschrijvende diagnose, de keuze van de behandeling en begeleiding en de zorgprofessional(s) van voorkeur. De regiebehandelaar in de indicerende rol, blijft tot de overname van de regiebehandelaar in de coördinerende rol verantwoordelijk voor het proces, inclusief eventuele overdracht aan een andere regiebehandelaar in de volgende fase (behandeling en begeleiding). Mocht de cliënt niet direct na de indicatiestelling in behandeling worden genomen, is de regiebehandelaar in de coördinerende rol is de eerstverantwoordelijke voor de zorg van de cliënt in de periode tot de start van de behandeling en begeleiding.

Het plan wordt in samenspraak met de cliënt opgesteld, de cliënt stemt in met het plan alsmede met de zorgovereenkomst. De regiebehandelaar in de coördinerende rol zorgt ervoor dat een intakebrief (als terugrapportage) naar de huisarts (of andere verwijzer) wordt gestuurd nadat de cliënt hierover is geïnformeerd en hiervoor toestemming heeft gegeven.

Bij de behandeling wordt uitgegaan van een integraal behandelmodel. Vanuit dit model zijn heldere afspraken gemaakt voor opgenomen cliënten bij GGzE over de behandelverantwoordelijkheid van psychiatrische-, somatische- en verslavingsaspecten. Uitgangspunt is dat het multidisciplinaire team betrokken bij de behandeling van de cliënt integraal verantwoordelijk is voor alle behandelaspecten waarbij de regiebehandelaar in de coördinerende rol de procesverantwoordelijkheid heeft, in samenspraak met de cliënt.

Voor ambulante cliënten ligt de somatische verantwoordelijkheid hoofdzakelijk bij de huisarts. In geval van overlappende verantwoordelijkheden (somatische bijwerkingen van psychiatrische medicatie) vindt afstemming plaats met de huisarts. De huisarts verzorgt in afstemming met de psychiater of verpleegkundig specialist een eventuele verwijzing naar een specialist.

16. Behandeling en begeleiding

Specialistische GGZ-zorg dichterbij

GGzE brengt specialistische behandeling en begeleiding dichterbij mensen. Vanuit acht verschillende multispecialistische ambulante teams en één centraal team (gebieden), verspreid over Eindhoven en de regiogemeenten, zorgen we dat mensen snel en dicht bij de juiste zorg ontvangen. De zorg die geboden wordt is **voor** alle leeftijden, waarbij het team ten eerste gericht is op volwassenen. De zorg voor kind en jeugd alsook ouderen, wordt geboden vanuit **beide specialisme**. **Expertise wordt gebracht naar de gebiedsteams**. Door onze werkwijze verkorten we de wachttijden, zowel bij instroom als tussen de interne teams, en organiseren we de zorg beter. De behandeling en begeleiding, of combinatie van beiden, is multispecialistisch en afgestemd op de behoeften van de cliënt. We schalen tijdig op of af, om over- of onderbehandeling te voorkomen. Dat draagt bij aan betere behandelresultaten en hogere cliënttevredenheid.

We werken samen met cliënten en hun naasten, maar ook met burens, verenigingen, scholen, huisartsen en anderen betrokkenen. Daarnaast onderhouden we nauwe contacten met gemeenten, maatschappelijk werk, welzijnsorganisaties, politie en woningcorporaties. Zo kunnen we samen beter inspelen op de hulpvragen van cliënten.

Een essentieel onderdeel van onze visie op gebiedsgericht werken is de nauwe samenwerking tussen behandel- en begeleidingsteams. Verbinding tussen het sociaal domein en de specialistische zorg is noodzakelijk om op het juiste moment de juiste zorg te bieden.

We hanteren vier uitgangspunten die de verbinding tussen begeleiding en behandeling versterken:

1. **Bescheidenheid** in verwachtingen naar cliënten, hun netwerk én elkaar.
2. **Netwerkgericht werken**: het netwerk is breder dan alleen behandeling en begeleiding.
3. **Gelijkwaardigheid** in de omgang met elkaar.
4. **Herstelgerichtheid** en vertrouwen in de mentale kracht van cliënten.

Gebiedsgericht werken betekent dat we samenwerken met naasten en partners uit verschillende domeinen. We stimuleren eigen regie en empowerment van cliënten, ondersteund door een brede visie op mentale gezondheid en herstelgerichte zorg.

Bij de eerste intake betrekken we waar mogelijk het netwerk van de cliënt - de zogeheten netwerkinname. Deze vindt plaats in duo's, waarbij altijd een regiebehandelaar aanwezig is, aangevuld met bijvoorbeeld een SPV, verpleegkundige of agoog. Bij WMO-begeleiding sluit de begeleider aan, en soms ook andere netwerkpartners of woonbegeleiders. Multidisciplinaire samenwerking is hierin altijd het uitgangspunt.

GGzE hecht grote waarde aan de inzet van ervaringsdeskundigheid. Ervaringsdeskundigen maken onderdeel uit van het multidisciplinair samenwerkende team en beschikken over een erkende opleiding afgerond op niveau 4 (MBO), niveau 5 of 6 (HBO). Ze zetten hun ervaringskennis professioneel in en dragen bij aan een verbindende en open zorgcultuur. Hun eigen herstelproces én professionele expertise maken hen tot rolmodellen van hoop en empowerment

Ze begeleiden cliënten vanuit hun ervaring en opleiding en ondersteunen daarmee het herstelproces op een unieke en waardevolle manier

17. De afsluiting van behandeling/begeleiding en nazorg

De regiebehandelaar met coördinerende rol, bespreekt met de cliënt en eventueel zijn naasten de resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen. Als een vervolgtraject nodig is wordt hierover gericht advies gegeven aan de verwijzer. De inrichting van het vervolgtraject gaat volgens hetzelfde proces. De vervolgbehandelaar wordt, waar relevant, in kennis gesteld van het verloop van de behandeling en begeleiding en de behaalde resultaten voorzien van een vervolgadvies, mondeling en met bevestiging middels een afrondingsbrief. Bij alle stappen voor het delen van informatie aan naasten, verwijzers en andere zorgaanbieders is gericht toestemming van de cliënt nodig.

Naast overdracht buiten GGzE, legt de regiebehandelaar met coördinerende rol schriftelijk het einde van de behandeling vast in het elektronisch cliëntdossier. Pas dan is de behandelverantwoordelijkheid overgedragen c.q. beëindigd.

De regiebehandelaar in de coördinerende rol maakt met de cliënt en naasten afspraken hoe te handelen bij terugval in de behandeling. Indien er na afsluiting van de behandeling sprake is van een crisissituatie of bij spoed, dan is de huisarts op de hoogte hoe contact gelegd kan worden met de crisisdienst van GGzE.