

Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ

Versie 4.0, 10 januari 2025

Voorwoord

Voor u ligt het nieuwe *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (versie 4.0)*. Dit document beschrijft de minimale kwaliteitsnormen waar een zorgaanbieder aan moet voldoen om goede GGZ te kunnen bieden. De nadruk ligt daarbij op de rollen van de betrokken zorgverleners.

Deze versie van het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* hebben partijen in juni 2024 aangeboden aan Zorginstituut Nederland voor opname in het Register. In deze versie van het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* zijn wijzigingen doorgevoerd op de vorige versie die onder doorzettingsmacht van Zorginstituut Nederland door de Kwaliteitsraad was opgesteld. De belangrijkste wijzigingen zijn:

- De categorie-indeling is vervangen door invulling van regiebehandelaarschap naar settings van het Zorgprestatie-model.
- Er is een tabel (1) opgenomen met hierin een korte weergave van de profielen van beroepsgroepen. Deze tabel is een belangrijke bouwsteen om invulling te geven aan het begrip regiebehandelaar in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.
- Er is geen hard onderscheid meer naar indicerend regiebehandelaar en coördinerend regiebehandelaar. Hiervoor in de plaats spreken we over de indicerende en coördinerende rol van de regiebehandelaar met daarbij voorwaarden bij de verschillende rollen. Deze voorwaarden kunnen verschillen per setting. De uitwerking hiervan wordt gegeven door tabel 2 en de bijbehorende tekst.

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

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ biedt partijen in de GGZ helderheid en richting over het regiebehandelaarschap. Regiebehandelaarschap is gerelateerd is aan de specifieke zorgvraag van de cliënt en daarmee aan de specifieke deskundigheid waarmee een behandelaar die zorgvraag kan beantwoorden. Daarbij zijn de volgende drie aspecten relevant:

- Ten eerste worden twee rollen onderscheiden die een regiebehandelaar gedurende het zorgproces kan hebben, namelijk een indicerende rol en een coördinerende rol.
- Ten tweede is invulling van regiebehandelaarschap gerelateerd aan de settings in het Zorgprestatie-model met daarbij voorwaarden ten aanzien van de indicerende rol.
- Ten derde worden lerende netwerken beschreven waaraan iedere regiebehandelaar moet deelnemen

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	4
1. Inleiding	5
1.1 Introductie	5
1.2 Voorgeschiedenis	5
1.3 Procesbeschrijving doorzettingsmacht Kwaliteitsraad	5
1.4 Procesbeschrijving doorontwikkeling Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ	6
2. Het zorgproces vanuit het perspectief van de cliënt(patientjourney)	7
3. Sectie I: Algemeen deel	11
3.1 Afbakening	11
3.2 Doelen	11
3.3 Algemene uitgangspunten	12
3.4 Complexiteit van problematiek en zorgaanbod	13
3.5 Indiceren en coördineren van zorg	14
3.6 Taken en verantwoordelijkheden indicerende rol	15
3.7 Taken en verantwoordelijkheden regiebehandelaar in de coördinerende rol	17
3.8 Relevante competenties	18
3.9 Samen leren en verbeteren	25
3.10 Medebehandelaar in de GGZ	26
3.11 Familie en naasten	26
3.12 Vormgeven gepast gebruik	27
3.13 Verantwoording, toetsing en controle Kwaliteitsstatuut	27
3.14 Doorontwikkeling Kwaliteitsstatuut en evaluatie	28
4. Sectie II: Vrijgevestigden	29
4.1 Inleiding	29
4.2 Relatie cliënt en vrijgevestigde	29
4.3 Samenwerking vraagt goede afspraken	29
4.4 Aanbod van zorg aan de cliënt	31
5. Sectie III: GGZ-instellingen	33
5.1 Inleiding	33
5.2 Organisatie van de zorg	33
5.3 Zorgproces van individuele cliënten	33
Bijlage A Begrippenlijst	35
Bijlage B Format Kwaliteitsstatuut – Vrijgevestigde (<i>inclusief checklist</i>)	38
Bijlage C AGB-classificatiecode	44
Bijlage D Format Kwaliteitsstatuut - GGZ-instelling (<i>inclusief checklist</i>)	47
Bijlage E Regeling overgang Jeugdwet naar Zvw bij bereiken 18 jaar	53

Samenvatting

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

In dit Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is invulling van regiebehandelaarschap gerelateerd aan de settings in het Zorgprestatieproces met daarbij voorwaarden ten aanzien van de indicerende rol en de coördinerende rol. Vooralsnog handhaven we de indeling naar generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz om invulling te geven aan de zorgvraagzwaarte.

Binnen het zorgproces van een cliënt binnen de GGZ maakt het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ een onderscheid tussen twee onderdelen. Het gaat enerzijds om de probleemanalyse, indicatiestelling met het vaststellen van een diagnose, behandeling en begeleiding en de reflectie hierop en anderzijds om de uitvoering, coördinatie en evaluatie van behandeling en begeleiding. Deze onderdelen hangen nauw met elkaar samen maar hebben elk hun eigen kwaliteitsaspecten. Vanuit deze twee centrale onderdelen van het zorgproces wordt een onderscheid gemaakt tussen de rollen die een regiebehandelaar gedurende het zorgproces kan hebben, namelijk een indicerende rol en een coördinerende rol. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ beschrijft welke taken en verantwoordelijkheden bij deze rollen horen en hoe dit zich verhoudt tot de rol van medebehandelaar. Tevens beschrijft het welke competenties nodig zijn om deze rollen als regiebehandelaar te kunnen vervullen.

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

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

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is een kwaliteitsinstrument met ruimte voor ontwikkeling. Zo kan bijvoorbeeld zorgvraagtypering op termijn een rol gaan spelen voor het bepalen van de mate van complexiteit en daarmee voor invulling van het regiebehandelaarschap.

1. Inleiding

1.1 Introductie

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

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

1.2 Voorgeschiedenis

1.2.1 Waarom een Kwaliteitsstatuut?

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

1.2.2 Problematiek regiebehandelaarschap en aanleiding doorzettingsmacht

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

1.3 Procesbeschrijving doorzettingsmacht Kwaliteitsraad

De Kwaliteitsraad heeft dit traject in 2020 uitgevoerd. Om zoveel mogelijk aan te sluiten bij dat wat leeft in de praktijk, heeft de Kwaliteitsraad op meerdere momenten contact gehad met de relevante partijen. Dat vond plaats door het ophalen van schriftelijke input, het organiseren van een dialoogbijeenkomst, het houden van belondes over de voortgang van het proces en het voeren van individuele gesprekken. Gedurende het traject heeft de Kwaliteitsraad dankbaar gebruikgemaakt van de expertise van deskundigen binnen en buiten het Zorginstituut. Ook zijn gesprekken gevoerd over belangrijke ontwikkelingen in de GGZ, zoals het zorgprestatieproces en het rapport over de beroepenstructuur van psychologen.

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

1.4 Procesbeschrijving doorontwikkeling Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ

Om invulling te geven aan de aanbevelingen en opgaven van de Kwaliteitsraad in de vorige versie van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ én voor doorontwikkeling van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is een bestuurlijk overleg ingericht waarin alle relevante partijen zijn vertegenwoordigd. Deze is in 2021 van start gegaan onder procesbegeleiding van Zorginstituut Nederland en vanaf 2022 voortgezet door partijen met een onafhankelijk voorzitter.

Partijen constateerden gezamenlijk, dat voor enkele onderdelen van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ een nadere duiding en doorontwikkeling nodig was om tot zorgvuldige implementatie in de praktijk over te kunnen gaan. Dit betreft de indeling in categorieën naar complexiteit van problematiek en zorgaanbod en het harde onderscheid tussen indicerend en coördinerend regiebehandelaar. Ook was het nodig om vanuit het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ een goede aansluiting te maken op het nieuwe Zorgprestatiemodel (ZPM), die bijdraagt aan passende zorg. Het resultaat van de doorontwikkeling staat beschreven in deze versie van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. De belangrijkste wijzigingen zijn:

- De categorie-indeling is vervangen door invulling van regiebehandelaarschap naar settings van het Zorgprestatiemodel.
- Er is een tabel (1) opgenomen met hierin een korte weergave van de profielen van beroepsgroepen. Deze tabel is een belangrijke bouwsteen om invulling te geven aan het begrip regiebehandelaar in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.
- Er is geen hard onderscheid meer naar indicerend regiebehandelaar en coördinerend regiebehandelaar. Hiervoor in de plaats spreken we over de indicerende en coördinerende rol van de regiebehandelaar met daarbij voorwaarden bij de verschillende rollen. Deze voorwaarden kunnen verschillen per setting. De uitwerking hiervan wordt gegeven door tabel 2 en de bijbehorende tekst.

2. Het zorgproces vanuit het perspectief van de cliënt (patient journey)

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

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

De invulling van het individuele zorgproces verschilt, afhankelijk van de complexiteit. In het proces van behandeling of begeleiding zijn meestal vijf fasen te onderscheiden (zie kader hieronder). Deze fasen kunnen in de tijd na elkaar plaatsvinden (lineair) bij bijvoorbeeld laagcomplexiteit, zich herhalen bij bijvoorbeeld hoogcomplexiteit waarbij na onvoldoende succesvolle of stagnerende behandeling herdiagnostiek wordt gedaan (circulair), of steeds weer afwisselen zoals bij langdurige hoogcomplexiteit waarbij zorgverlening in den brede op de voorgrond staat (lemniscaat). (De termen lineair, circulair en lemniscaat zijn afkomstig uit de verpleeghuissector (www.verpleeghuiszorg.nl)).

Fasen patient journey

In de verschillende fasen draagt de regiebehandelaar de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het zorgproces en voert niet per definitie alle onderdelen van het zorgproces zelf uit. De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in het zorgproces en reflecteert regelmatig met de cliënt over het beloop van de behandeling. Als er sprake is van verschillende zorgverleners kennen zij hun eigen bij hun professie horende verantwoordelijkheden voor de uitoefening van hun beroep.¹ Aanbieders in sectie III van dit Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (ggz instellingen) leggen in hun eigen kwaliteitsstatuut de procedure vast waarmee ze binnen de organisatie bepalen welke leden van het (multidisciplinair) team betrokken worden, in welke rol (indicerende danwel coördinerende rol) en de procedure hoe ze omgaan met de voorwaarden ten aanzien van de indicerende rol en de coördinerende rol.

1. Voortraject bij verwijzer

De cliënt wendt zich tot GGZ op grond van vigerende wet- en regelgeving en op grond van een verwijzing. Het is de verantwoordelijkheid van de verwijzer dat de cliënt een verwijzing heeft die voldoet aan de daarvoor opgestelde veldnormen ([Verwijsafspraken GGZ 2023](#) (zorgprestatiemodel.nl)).

Op de website van de zorgaanbieder is de actuele wachttijd voor intake en voor behandeling gepubliceerd conform de vigerende Regeling van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Als intake of behandeling niet binnen de gestelde treknormen kan aanvangen, stelt de aanbieder de cliënt hiervan op de hoogte en kan de cliënt zich wenden tot de 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. De zorgaanbieder neemt de verantwoordelijkheid voor de cliënt over na de intake met de regiebehandelaar mits de behandeling bij de zorgaanbieder is geïndiceerd.

¹ Zie ook Wet BIG, beroepsprofielen en de KNMG 'Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2022)'

2. Aanmelding en intake/probleemanalyse

De intake/probleemanalyse is een kennismaking tussen zorgaanbieder en cliënt. Daarin wordt door cliënt onder andere nagegaan of er voldoende vertrouwen is in de zorgaanbieder voor een goede samenwerking. Binnen sectie III (instellingen) bepaalt in eerste instantie de zorgaanbieder op basis van verwijsgegevens en binnen de voorwaarden in paragraaf 3.8.4 van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ welke discipline uit tabel 1 meest aangewezen is voor het doen van diagnostiek en indicatie en welke discipline c.q. behandelaar de meest aangewezen regiebehandelaar is en wie de intake verricht (dit kan dezelfde persoon zijn).

De regiebehandelaar en de cliënt gaan samen na welke problematiek aanwezig is, of er een effectief en doelmatig aanbod kan worden geformuleerd dat aansluit op de zorgbehoefte, doelen, wensen en mogelijkheden van de cliënt.

Als de zorgaanbieder geen passend aanbod heeft dat aansluit bij de zorgvraag van de cliënt verwijst hij de cliënt door naar een andere zorgaanbieder met een beter passend zorgaanbod (bijvoorbeeld een ander echelon of een behandelaar met een andere specifieke deskundigheid). Als de zorgaanbieder geen passende doorverwijzing binnen de GGZ kan doen, of als de cliënt niet in aanmerking komt voor behandeling en begeleiding 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 zorgaanbieder informeert de cliënt over deze afspraken. Ook bespreken regiebehandelaar en cliënt hoe te handelen, als in deze periode de toestand van cliënt verergert bijvoorbeeld bij een crisis en op welke manier voor waarneming tijdens afwezigheid van de regiebehandelaar wordt zorggedragen. De regiebehandelaar draagt in deze procesverantwoordelijkheid.

3. Indicatiestelling

De regiebehandelaar is tijdens de indicatiestelling verantwoordelijk voor het (doen) vaststellen van de diagnose. De voorwaarden hierbij staan beschreven in paragraaf 3.8.4.

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

De cliënt en met toestemming van de client zijn naasten worden op een begrijpelijke wijze op de hoogte gesteld van de diagnose en wat het betekent om die diagnose te hebben. Hij krijgt een heldere omschrijving van de relevante opties voor behandeling en begeleiding, het doel, de kans op succes en de mogelijke risico's en neveneffecten mede aan de hand van eventueel eerdere ervaringen van de cliënt. De cliënt krijgt ook de kans om over de diagnose en het zorgaanbod na te denken en er in een vervolcontact op te reageren.

De regiebehandelaar dient de cliënt een duidelijke beschrijving te geven van de inhoud van de voorgestelde behandeling. Bij het geven van deze informatie dient rekening gehouden te worden met het bevattingsvermogen en eventueel de culturele achtergrond van de cliënt. De beschrijving van de behandeling dient alle aspecten te omvatten waarvan redelijkerwijs kan worden aangenomen dat ze van invloed zijn op de bereidheid tot deelname, zoals informatie over (verder) onderzoek, het doel van de behandeling, de uit te voeren verrichtingen, eventuele andere professionals die door de regiebehandelaar bij de behandeling worden betrokken, de te verwachten gevolgen en risico's, andere in aanmerking komende methoden van behandeling en onderzoek, en de huidige en beoogde staat van gezondheid van de cliënt.

Aan het eind van deze fase bereiken de regiebehandelaar en de cliënt overeenstemming over de diagnose, de keuze van behandeling en begeleiding, en de zorgverlener(s) van voorkeur om die behandeling en begeleiding uit te voeren. Waar de indicerende rol niet wordt ingevuld door de regiebehandelaar blijft de laatste verantwoordelijk voor het proces, inclusief eventuele overdracht aan een andere regiebehandelaar in de volgende fase.

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

De regiebehandelaar stelt in overeenstemming met de professionele standaard samen met de cliënt een behandelplan op. Dit in het kader van 'samen beslissen'. Het behandelplan bevat in ieder geval (zie voor een volledige opsomming paragraaf 3.6.2):

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

De regiebehandelaar stelt het behandelplan vast, nadat waar mogelijk toestemming van de cliënt is verkregen op basis van het voorgestelde behandelplan. De regiebehandelaar zorgt ervoor dat een intakebrief als terugrapportagebrief naar de huisarts (of andere verwijzer) wordt gestuurd, nadat de cliënt hierover geïnformeerd is en hiervoor toestemming heeft gegeven. Wanneer er geen overeenstemming is over de diagnose en voorgesteld behandelplan verwijst hij de cliënt door naar een andere zorgaanbieder met een beter passend zorgaanbod (bijvoorbeeld een ander echelon of een behandelaar met een andere specifieke deskundigheid).

4. Behandeling en begeleiding

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

Het behandelplan blijft gedurende de behandeling ter beschikking van de cliënt. Deze heeft, zowel tijdens als na de behandeling en begeleiding recht op inzage, verstrekking van een kopie en vernietiging van het behandelplan (behoudens de wettelijke uitzonderingen op deze rechten).

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

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

De keuze om op- of af te schalen in de behandeling en begeleiding is een vast onderdeel van de periodieke evaluatie op behandeling en begeleiding tussen cliënt en regiebehandelaar. Als blijkt dat er

onvoldoende toegevoegde waarde is van de behandeling en begeleiding, kan deze worden bijgesteld, overgedragen of beëindigd.

Als de behandeling en begeleiding worden bijgesteld, leidt dit tot een aangepast behandelplan dat met de cliënt wordt afgestemd. Als tijdens de evaluatiemomenten blijkt dat de aanpassingen dermate substantieel zijn en een nieuwe probleemanalyse, indicatiestelling en behandelplan nodig zijn, dan voert de regiebehandelaar dit uit (waar nodig met expertise van medebehandelaren in de indicerende rol) en stelt een nieuw behandelplan op.

5. Afsluiting/nazorg

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

3. Sectie I: Algemeen deel

3.1 Afbakening

Dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* heeft betrekking op de curatieve geestelijke gezondheidszorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Het opstellen van een eigen kwaliteitsstatuut op basis van dit Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is voor een GGZ-aanbieder verplicht. Het door de zorgaanbieder opgestelde kwaliteitsstatuut borgt dat de zorgaanbieder bewerkstelligt dat de juiste hulp, op de juiste plaats en door de juiste zorgverlener, binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk wordt geleverd. De zorgaanbieder bevordert daarmee gepaste zorg. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ dient als standaard. Dit kan, waar de lokale situatie dat vereist, worden aangevuld. Daarnaast is het mogelijk om in een individuele situatie/incidenteel af te wijken van een veldnorm als het noodzakelijk is in het belang van goede cliëntenzorg. De zorgaanbieder legt de motivering hiervoor vast in het dossier van de cliënt. De huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ) valt buiten de reikwijdte van de verplichting om een kwaliteitsstatuut te hebben.

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

3.2 Doelen

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

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

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

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

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

3.3 Algemene uitgangspunten

1. Cliëntgerichte aanpak

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

2. Goede afstemming en samenwerking

Er kunnen verschillende zorgverleners betrokken zijn bij de behandeling en begeleiding van een cliënt. Daarom is een duidelijke rolverdeling en afbakening van verantwoordelijkheden tussen alle betrokkenen nodig. Niet alleen als zij werkzaam zijn binnen eenzelfde zorgaanbieder, maar ook bij afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders. Het is noodzakelijk dat zorgverleners en zorgaanbieders afspraken maken over afstemming en samenwerking, goede overdracht tussen regiebehandelaren en zorgaanbieders, op- en afschalen, de organisatie van zorg en over de benodigde bevoegdheden en competenties.²

3. Integrale benadering

Tijdens de probleemanalyse en het gehele zorgproces wordt ingegaan op de ernst van de problematiek in samenhang met de levensloop, de (ontwikkelings)geschiedenis van) psychische, (psycho-)sociale en lichamelijke dimensies, bevorderende en belemmerende factoren (systeemgericht), eerdere hulpverlening en (eerder) copinggedrag van de cliënt. Ook wordt er gestreefd naar een geïntegreerd zorgaanbod, waarbij de acties die voor de verschillende dimensies nodig zijn zoveel mogelijk in samenhang worden aangeboden.

4. Focus op herstel

Cliënten hechten veel waarde aan hun functioneren in de samenleving en aan zoveel mogelijk eigen regie over hun behandeling en begeleiding. Een waardevol leven leiden, zelfredzaamheid en oog voor de leefwereld van de cliënt zijn leidend voor goede zorg. Vanuit een herstelgerichte benadering moet bekeken worden welk zorgaanbod het best passend is. Dit ook in relatie tot samenwerking met het sociaal domein en bijvoorbeeld herstelacademies of lotgenotengroepen.

5. Samen leren en verbeteren

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

6. Beperking administratieve last

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

7. Relatie tot wet- en regelgeving

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

² Zie ook KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/verantwoordelijkheidsverdeling>

3.4 Complexiteit van problematiek en zorgaanbod

Introductie

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

Complexiteit

De complexiteit van een bepaalde herstellvraag of hulpvraag in de GGZ hangt af van zowel de complexiteit van de problematiek of zorgvraag als van de complexiteit van het zorgaanbod. Omdat interacties tussen problemen en interventies in wisselende mate op de voorgrond kunnen staan, is complexiteit daarbij een relatief begrip. Complexiteit hangt onder meer samen met de voorspelbaarheid van de uitkomst van de oplossing: kan die oplossing gezien en gevonden worden in het toepassen van richtlijnen, of is die oplossing en de uitkomst nog relatief onvoorspelbaar. Ook voor complexe problemen of bij een complex zorgaanbod kunnen goed passende oplossingen beschikbaar zijn, waarvan duidelijk is hoe die uitgevoerd kunnen worden.

In het Zorgprestatiemodel zijn de bekostigingsschotten in de tweedelijns GGZ losgelaten. De generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde-ggz worden gefinancierd met zorgprestaties. Het echelon generalistische basis-ggz blijft in het declaratiebericht wel zichtbaar en is daarmee herkenbaar voor cliënt en verzekeraar. De patiëntprofielen voor de generalistische basis ggz zijn uitgewerkt in de Factsheet basis ggz ZPM (januari 2022): [Factsheet-basis-ggz-januari-2022.pdf \(zorgprestatiemodel.nl\)](#). Voor alle zorg in de ggz wordt een DSM-5 classificatie geregistreerd. Voor de generalistische basis-ggz wordt hierover geen informatie vermeld op de factuur. Zorg voor cliënten in de gespecialiseerde ggz is wel herkenbaar voor client en verzekeraar middels vermelding van de DSM-hoofdgroep op de factuur. We kunnen nog niet vooruitlopen op de zorgvraagtypering. Daarom handhaven we vooralsnog de indeling generalistische ggz en gespecialiseerde ggz om invulling te geven aan de zorgzwaarte:

- Generalistische basis-ggz: Conform de Factsheet basis ggz ZPM (januari 2022) varieert de gemiddelde zorgvraagzwaarte van lichte tot ernstige problematiek of risicogevoelige stabiele of instabiele chronische problematiek. Er is sprake van een laag tot matig risico. Er is meestal sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit. Complexiteit van de problematiek is laag of afwezig; het risico matig of laag. Voor het patiëntprofiel generalistische basis-ggz chronisch betreft de gemiddelde zorgvraagzwaarte risicogevoelige stabiele of instabiele chronische problematiek of ernstige problematiek in remissie
- Gespecialiseerde ggz: Complexiteit van de problematiek is hoog en/of risico hoog.

De zorgvraagtypering GGZ vormt een onderdeel van het Zorgprestatiemodel GGZ/FZ, dat op 1 januari 2022 is ingevoerd. De zorgvraagtypering is echter nog niet uitontwikkeld. In deze nieuwe versie van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ kunnen we daarom niet aansluiten op de zorgvraagtypering. Wellicht is dat op termijn wel mogelijk.

Complexiteit van zorgaanbod

Op het vlak van complexiteit van het zorgaanbod wordt aangesloten bij herkenbare terminologie uit de praktijk en het Zorgprestatiemodel GGZ, de 8 settingen. Deze settingen beschrijven de context waarbinnen professionals werken (de infrastructuur, zoals ambulant, klinisch, beveiligd).

3.5 Indiceren en coördineren van zorg

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

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

Binnen het zorgproces kunnen twee centrale onderdelen worden onderscheiden:

1. de aanmelding en intake/probleemanalyse en daarna de indicatiestelling met het vaststellen van een diagnose, de best passende behandeling en begeleiding en wijze van evaluatie;
2. de behandeling en begeleiding zelf, waarbij goede coördinatie, evaluatie en laagdrempelige bereikbaarheid van belang zijn.

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.

Bij deze twee centrale onderdelen van het zorgproces horen twee regierollen (als hij geen regiebehandelaar van de cliënt is, wordt hij als medebehandelaar geconsulteerd):

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

Deze rollen gaan gepaard met verschillende taken en verantwoordelijkheden die elkaar aanvullen en versterken. Daarom kunnen deze twee rollen door twee verschillende zorgverleners worden ingevuld. Indien van toepassing zal binnen het behandelend team, in samenspraak met cliënt en naastbetrokkenen, zorgvuldig afgewogen moeten worden welke zorgverlener(s) de best passende competenties en match heeft/hebben om deze twee rollen op te pakken. Als beide rollen door dezelfde persoon worden uitgevoerd, vraagt de reflectie met de cliënt op de geleverde behandeling en begeleiding specifieke aandacht en speelt het lerend netwerk van de zorgverlener een belangrijke rol (zie verder paragraaf 3.9). Het is voor het uitvoeren van beide rollen essentieel dat de regiebehandelaar in direct contact een vertrouwensrelatie opbouwt met de cliënt.

Het is hierbij belangrijk om te vermelden dat naast de regiebehandelaar ook andere zorgverleners een cruciale rol kunnen spelen bij het indiceren en coördineren, en bij de behandeling en begeleiding zelf. Elke zorgverlener, al dan niet regiebehandelaar, heeft een waardevol aandeel in het zorgproces. De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het proces en voert dus niet per definitie alle onderdelen van het proces zelf uit. De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in het zorgproces en reflecteert regelmatig met de cliënt over het beloop van de behandeling. De verschillende zorgverleners kennen hun eigen bij hun professie horende verantwoordelijkheden voor de uitoefening van hun beroep.

De volgende twee paragrafen beschrijven de taken en verantwoordelijkheden behorend bij de indicerende en coördinerende rollen.

3.6 Taken en verantwoordelijkheden indicerende rol

Cliënten in de GGZ ervaren problemen van verschillende aard en ernst, die het hele leven van de cliënt raken. Het is de verantwoordelijkheid van de (regie)behandelaar in de indicerende rol om de problemen op een juiste manier te analyseren en om samen met de cliënt vast te stellen wat nodig is. Taken die deze (regie)behandelaar hiervoor uitvoert zijn: verantwoordelijkheid dragen voor het maken van een probleemanalyse en het indiceren van de benodigde zorg, waarbij een diagnose, behandeling en begeleiding wordt vastgesteld die hij vervolgens kan evalueren. Soms is het nodig dat de regiebehandelaar in deze rol één of meer andere professionals hierbij betreft.

3.6.1 Probleemanalyse

Het is in eerste instantie aan de verwijzer om op basis van zijn professionele deskundigheid in te schatten of een verwijzing naar de GGZ nodig en passend is voor de cliënt en naar een passende zorgaanbieder te verwijzen. De (regie)behandelaar verkent vervolgens samen met de cliënt tijdens de probleemanalyse of de inschatting van de zorgbehoefte en problematiek daadwerkelijk aansluit bij de complexiteit van de situatie.

De regiebehandelaar heeft bij de probleemanalyse de volgende taken

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

3.6.2 Indicatiestelling

Het uitgangspunt voor passende behandeling en begeleiding is een herstelgerichte insteek, vanuit een integrale persoons- en systeemgerichte benadering. Kwaliteit van leven, sociaal functioneren en eigen regie van de cliënt over zijn behandeling en begeleiding zijn daarbij belangrijk, net als een brede focus op psychisch, psychosomatisch, psychosociaal en maatschappelijk herstel. Bij de forensische zorg ligt de focus op risicogericht behandelen om zo de veiligheid te waarborgen. Omdat het nodig is een goed beeld te krijgen van alle elementen, kan de tijdsduur van de indicatiestelling en het vaststellen van een diagnose per cliënt verschillen. Bij het vaststellen van het zorgaanbod hoort ook de juiste aandacht voor het waar relevant en mogelijk inzetten en activeren van het eigen netwerk van de cliënt.

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

Het vaststellen van het best passende zorgaanbod is gebaseerd op (1) actuele wetenschappelijke kennis (evidence based); (2) de expertise van de zorgverlener (expert based) om, (in beginsel) conform de voor de beroepsgroep geldende standaarden, methoden toe te passen die in dienst staan van het behandeldoel en (3) aansluiten bij de hulpvraag en de ervaring van de cliënt (experience based). Daarnaast wordt kennis over doelmatigheid van zorg meegewogen. De cliënt en de (regie)behandelaar moeten overeenstemming bereiken over de uiteindelijke keuze.

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

De (regie)behandelaar in de indicerende rol heeft bij het vaststellen van het best passende zorgaanbod de volgende taken

- De afweging maken of de zorgvraag van de cliënt en de complexiteit van de situatie aansluiten bij het beschikbare zorgaanbod. Als bij de betreffende zorgaanbieder geen passend aanbod is, is er eerst een inspanningsverplichting door te verwijzen naar andere zorgaanbieder met beter passend aanbod. Indien dit tot niets leidt verwijst de regiebehandelaar terug naar de huisarts. Zie hiervoor ook de veldnorm Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts en GGZ.
- Het vaststellen van de diagnose.
- In dialoog met de cliënt bespreken, vaststellen en organiseren van interventies en activiteiten.
- Het in samenspraak met de cliënt en eventuele medebehandelaren en geconsulteerde collega's opstellen en vaststellen van de richting en de contouren van het behandelplan.
Het behandelplan bevat in ieder geval:
 - De doelen van de behandeling en begeleiding voor een bepaalde periode, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.
 - De wijze waarop de zorgverlener(s) en de cliënt de gestelde doelen trachten te bereiken, wat haalbaar is in de betreffende situatie én wat bijdraagt aan de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren van de cliënt.
 - Wie de interventie(s) gaat uitvoeren en wie verantwoordelijk is voor de verschillende onderdelen van de behandeling en begeleiding.
 - Afspraken over hoe te handelen bij een crisis en op welke manier voor waarneming tijdens afwezigheid van de regiebehandelaar wordt zorggedragen.
 - Wie de rol van regiebehandelaar vervult in de behandel fase.
 - Na hoeveel tijd er op de behandeling en begeleiding wordt gereflecteerd en wanneer de behandeling en begeleiding waar nodig moet worden bijgesteld.
- De cliënt geeft toestemming voor het behandelplan en het behandelplan blijft gedurende de behandeling en begeleiding ter beschikking van de cliënt. De cliënt heeft zowel tijdens als na de behandeling en begeleiding recht op inzage, verstrekking van een kopie en vernietiging van het behandelplan (behoudens de wettelijke uitzonderingen op deze rechten).
- Mocht de cliënt niet direct na de intakeprocedure in behandeling kunnen worden genomen, dan is de regiebehandelaar de eerstverantwoordelijke zorgverlener voor de zorg van de cliënt in de tussenliggende periode. De regiebehandelaar gaat hierbij na welke tussentijdse zorg nodig en mogelijk is voor de cliënt.
- Zorgdragen voor schriftelijke terugkoppeling aan de verwijzer als het behandelplan is vastgesteld. Hiervoor moet expliciete toestemming worden gegeven door de cliënt.
- Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling en begeleiding bepaalt de zorgaanbieder wie de doorslaggevende stem heeft (bijvoorbeeld in het professioneel statuut). Dit gebeurt altijd in samenspraak en met instemming met de cliënt, tenzij dit niet mogelijk is op basis van de vigerende wet- en regelgeving voor onvrijwillige of verplichte zorg.

3.6.3 Evaluatie

Het vaststellen van de diagnose, het kiezen voor en daarna uitvoeren van de juiste behandeling en begeleiding vormen een dynamisch proces, waarbij tussentijdse evaluaties nodig kunnen zijn. Dit zijn geplande momenten opgenomen in het behandelplan, maar ook ingelaste evaluaties naar aanleiding van veranderingen in de problematiek van de cliënt. Op basis van tussentijdse bevindingen en monitoring evalueren de cliënt en de regiebehandelaar samen de behandeling en begeleiding en bespreken zij of met de behandeling en begeleiding de gestelde doelen nog steeds bereikt kunnen worden. Deze evaluatiemomenten kunnen leiden tot voortzetting, aanpassing of beëindiging van de behandeling en begeleiding. Aanpassingen worden door de regiebehandelaar opgenomen in het behandelplan, tenzij de aanpassingen zo groot zijn dat er een nieuw behandelplan nodig is.

3.7 Taken en verantwoordelijkheden regiebehandelaar in de coördinerende rol

Na het vaststellen van het behandelplan volgt het uitvoeren van de daadwerkelijke behandeling en begeleiding. Afhankelijk van de problematiek kunnen meerdere zorgverleners betrokken zijn, die allemaal hun eigen verantwoordelijkheid hebben voor het deel van de zorg dat zij verrichten. Een centraal aanspreekpunt voor de cliënt en diens naasten is dan cruciaal, evenals onderlinge afstemming tussen zorgverleners, coördinatie van de activiteiten rond de behandeling en begeleiding en evaluatie. Het is belangrijk dat voor deze taken één van de betrokken zorgverleners als regiebehandelaar wordt aangesteld. Soms is het nodig dat de regiebehandelaar één of meer andere professionals betreft bij evaluatie en afronding van de behandeling.

3.7.1 Centraal aanspreekpunt voor cliënt en diens naasten

Het is voor de cliënt en diens naasten belangrijk dat er tijdens de behandeling en begeleiding één centraal aanspreekpunt is, dat zorg draagt voor goede communicatie en dat dit bij voorkeur steeds met dezelfde persoon gebeurt. Deze rol wordt ingevuld door een regiebehandelaar.

De regiebehandelaar heeft in de coördinerende rol als centraal aanspreekpunt de volgende taken

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

3.7.2 Coördinator voor zorgverleners en het zorgproces

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

De regiebehandelaar voert bij de coördinatie de volgende taken uit

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

3.7.3 Evaluatie

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

De regiebehandelaar voert bij de evaluatie de volgende taken uit

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

3.8 Relevante competenties

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

In onderstaande paragrafen staan de benodigde competenties voor de (regie)behandelaar in de indicerende e/o coördinerende rol beschreven. Deze competenties sluiten aan bij algemeen geaccepteerde en breed gebruikte modellen voor competentieontwikkeling binnen opleiding en nascholing, zoals het CanMeds-model.

3.8.1 Competenties (regie)behandelaar in de indicerende rol

Vereiste competenties

Wettelijk en opleidingskader rondom competenties

Uit de Wet BIG volgt dat de zorgverlener zowel bevoegd als bekwaam moet zijn om (bepaalde onderdelen van) de zorg uit te mogen voeren (zie onder andere artikel 35a, Wet BIG). De (regie)behandelaar valt in de indicerende rol onder artikel 3 of 14 van de Wet BIG (zie tabel 1).

De (regie)behandelaar in de indicerende rol heeft competenties verkregen in:

- Een opleiding leidend tot een BIG-beroep in het domein van de geestelijke gezondheidszorg, 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.

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

Uit het gebruik van de BIG beroepstitel moet blijken welke opleiding de (regie)behandelaar heeft afgerond.

Competenties op het gebied van professioneel inhoudelijk handelen

De (regie)behandelaar is in staat om verschillende onderdelen van het diagnostisch proces samen te brengen en een conclusie of diagnose te vormen.

De (regie)behandelaar heeft kennis over het voorkomen van multiple psychische problematiek en over hoe verschillende soorten problematiek op elkaar kunnen inwerken.

Bij problematiek op meerdere dimensies heeft de (regie)behandelaar ruime expertise en werkervaring om een juiste inschatting te maken van het best passende zorgaanbod en de best passende behandeling en begeleiding voor de cliënt op elk van die dimensies.

De (regie)behandelaar kan goed inschatten of tijdens de probleemanalyse dominante problematiek bij de cliënt aanwezig is die niet past bij zijn deskundigheidsgebied. De (regie)behandelaar verwijst de cliënt in dat geval door naar een andere (regie)behandelaar.

De (regie)behandelaar kan goed inschatten bij welke zorgvraag en op welk moment een andere zorgverlener moet worden geraadpleegd.

Competenties op het gebied van samenwerken en communicatie

De (regie)behandelaar beschikt over goede communicatievaardigheden (bijvoorbeeld luisteren, empathie, eigen oordeel uitstellen).

De (regie)behandelaar heeft kennis van het werk van aangrenzende specialismen en netwerken in de regio. Hij onderkent daarbij de grenzen van de professionele rollen en deskundigheid van zichzelf en andere zorgverleners.

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

De (regie)behandelaar beschikt over voldoende communicatieve vaardigheden om op een adequate manier de naasten te betrekken in de behandeling en begeleiding van de cliënt en integreert hun mening en ervaring in het individuele behandelplan.

3.8.2 Competenties regiebehandelaar in de coördinerende rol

Vereiste competenties

Wettelijk en opleidingskader rondom competenties

Uit de Wet BIG volgt dat de zorgverlener zowel bevoegd als bekwaam moet zijn om (bepaalde onderdelen van) de zorg uit te mogen voeren (zie onder andere artikel 35a, Wet BIG). De regiebehandelaar in de coördinerende rol valt onder artikel 3 of 14 van de Wet BIG.

De regiebehandelaar heeft competenties verkregen in:

- een opleiding leidend tot een BIG beroep in het domein van de geestelijke gezondheidszorg; of
- een opleiding leidend tot een BIG beroep met een substantieel opleidingsonderdeel GGZ.

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

Competenties op het gebied van professioneel inhoudelijk handelen

De regiebehandelaar beschikt over voldoende kennis en kunde om zorgbehoefte op complexiteit en urgentie in te schatten en kan de aard en omvang van behandeling en begeleiding die nodig zijn organiseren en uitvoeren.

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

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

Competenties op het gebied van samenwerken en communicatie

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

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

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

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

De regiebehandelaar heeft oog voor de mogelijkheid dat de klachten van de cliënt (mede) samen kunnen hangen met somatische dysfuncties, in welk geval hij deskundigen van de medische professie consulteert of naar hen doorverwijst, of zich verzekert van adequate begeleiding en/of supervisie.

3.8.3 Onderhouden en doorontwikkelen competenties regiebehandelaar

Vereisten voor onderhoud en doorontwikkeling competenties

De regiebehandelaar neemt aantoonbaar deel aan nascholing, spiegelinformatiesessies of intervisie van de instelling waar hij werkzaam is of, in geval van vrijgevestigd regiebehandelaars, in een lerend netwerk met collega's (zie voor

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

De regiebehandelaar maakt zo mogelijk zijn BIG-registratie(s) en aanvullende opleidingen m.b.t. methoden of doelgroepen kenbaar voor cliënten, bijvoorbeeld via de website van de vrijgevestigde praktijk of GGZ-instelling.

3.8.4 Complexiteit van situaties en vereiste beroepsopleiding

De deskundigheid van de regiebehandelaar moet passend zijn bij het type behandeling en de doelgroep. In beginsel komt elke discipline in aanmerking om de functie van regiebehandelaar te vervullen, mits deze een – gegeven de aard van de zorgvraag en de setting waarin de zorg verleend wordt – relevante inhoudelijke deskundigheid bezit en er is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- Academische opleiding of daarmee vergelijkbaar niveau, welke onderworpen is aan een systeem van accreditatie en heraccreditatie en/of voorziet in gerichte bij- en nascholing. Een gebrek daaraan kan gecompenseerd worden door voldoende relevante werkervaring.
- BIG-registratie; .

Vanzelfsprekend moet de regiebehandelaar ook de specifieke inhoudelijke competenties hebben die nodig zijn voor de betreffende problematiek (zie paragraaf 3.8.1 en 3.8.2).

Voor de genoemde relevante inhoudelijke deskundigheid is er een tabel opgesteld waarin beroepsgroepen hun eigen profiel kort hebben weergegeven. Deze tabel is een belangrijke bouwsteen om invulling te geven aan het begrip regiebehandelaar in dit Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Deze tabel wordt gebruikt in samenhang met onder andere beroepsprofielen en de wet BIG, om de tabel waarin de afspraken rond regiebehandelaarschap per setting staan (zie verderop in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ), samen te stellen. Verder beschrijft de ‘Veldnorm beroepen in de geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg’ welke beroepen volgens patiënten, zorgverzekeraars, werkgevers en regiebehandelaarberoepen op basis van objectieve toetsing aan kwaliteitscriteria in aanmerking komen om (een deel van) diagnostiek, behandeling en/of geneeskundige begeleiding zelfstandig uit te voeren. In de tabel hieronder wordt een specificatie gegeven van de inzet van deze beroepsgroepen als regiebehandelaar in de GGZ

Voor uniforme vormgeving van de tabel zijn de volgende drie onderscheidende kenmerken gehanteerd:

- Expertise: het gaat hierbij om de integratie van kennis en vaardigheden, zoals bij diagnostiek en behandeling: men bezit hierbij (specifieke) kennis die vertaald wordt naar (specifieke) handelingen.
- Domein: hierbij gaat het om een omschrijving van waar bovenstaande expertise zich (specifiek) op richt. Men kan daarbij onderscheid maken in termen van soorten zorgvraag, specifieke settings, en/of cliënt- of demografische kenmerken.
- Afgrenzing: hier heeft men de mogelijkheid om duidelijk(er) te maken tot hoever de eerste twee kenmerken reiken, en expliciet te maken, bijv. via voorbeelden, waar de expertise van de beroepsgroep niet passend is.

Beroepsgroepen die in hun profiel specifieke doelgroepen concreet definiëren, zoals verslavingsartsen, zijn in de tabel voorzien van een *. Voor deze beroepsgroepen geldt als aanvullende randvoorwaarde dat zij zich beperken tot de doelgroepen die in hun beroepsprofiel omschreven zijn.

Tabel 1 Specificatie inzet beroepsgroep als regiebehandelaar in de GGZ

Beroepsgroep	Specificatie inzet
Psychiater	Diagnostiek, indicatiestelling en (psychotherapeutische en farmacotherapeutische) behandeling van cliënten met complexe, meervoudige psychische aandoeningen 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 en bij indicatie/evaluatie betrokken bij: a. ECT, b. verplichte zorg Wvggz/dwang Wgbo, c. Wvggz opname/verklaring, e. vermoeden van noodzaak somatisch medisch specialistische zorg, f. verzoek euthanasie/hulp bij zelfdoding
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.
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 hersendisfuncties (bijvoorbeeld door hersenaandoeningen/ hersenschade).
Psychotherapeut	Diagnostiek, indicatiestelling en (psychotherapeutische) behandeling bij cliënten met complexe, meervoudige psychische aandoeningen die meerdere domeinen van het functioneren kunnen betreffen.
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 hoog complexe rehabilitatievraag. Een verpleegkundig specialist ggz kan ongeacht de behandelsetting tenminste worden geconsulteerd bij non-respons op (farmacotherapeutische) behandeling en vastgelopen behandelrelaties.
GZ-psycholoog	Diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van cliënten met uiteenlopende psychische aandoeningen, variërend in complexiteit. Diagnose en behandeling grotendeels op basis van psychologische methoden.
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 specifiek om cliënten met 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.
Physician assistant	Diagnostiek, indicatiestelling, behandeling en begeleiding van cliënten met veel voorkomende psychische aandoeningen, veelal in relatie tot somatische problematiek. Regiebehandelaarschap ervan uitgaande dat de Physician assistant is opgeleid dan wel ervaring heeft opgedaan in het deelgebied van de GGZ.
Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige *	Gespecialiseerde verpleegkundige behandeling en begeleiding bij gevolgen van complexe psychiatrische stoornissen en beperkingen met als doel persoonlijk en maatschappelijk herstel. Doelgroep: mensen met korte en langduriger rehabilitatie vraag. Coördinerend en uitwerken behandelplan; stelt niet de psychiatrische diagnose noch de medische indicatie.
Orthopedagoog generalist *	Voor diagnostiek, behandeling en geneeskundige begeleiding van cliënten 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.
Specialist ouderengeneeskunde*	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 specialist ouderengeneeskunde kan, bij deze doelgroep in plaats van een psychiater ook worden ingeschakeld bij vermoeden noodzaak somatisch medisch specialistische zorg.
Klinisch geriater*	Diagnostiek, indicatiestelling en (medische / 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. Een Klinisch geriater kan, bij deze doelgroep, in plaats van een psychiater ook worden ingeschakeld bij vermoeden van noodzaak somatisch medisch specialistische zorg.

In de volgende tabel 2 is uitgewerkt welke beroepsgroep in welke setting regiebehandelaar kan zijn. Tabel 2 kan niet losgezien worden van de voorwaarden onder de tabel op de volgende pagina's én tabel 1 waarin de specificatie beschreven staat van de inzet van beroepsgroepen als regiebehandelaar in de GGZ. De tabellen 1 en 2 kunnen alleen in samenhang met andere wetgeving en kwaliteitsinstrumenten gezien worden.

Tabel 2 Regiebehandelaarschap per setting

Regiebehandelaar \ Setting ZPM	1 ambulant sectie II		2 ambulant sectie III monodisciplinair		3 ambulant sectie III multidisciplinair	4 outreaching	5 klinisch	6 forensisch en beveiligd, klinisch	7 forensisch en beveiligd, niet-klinisch	8 hoog- specialistisch
	gb-ggz	g-ggz	gb-ggz	g-ggz	g-ggz	g-ggz	g-ggz	g-ggz	g-ggz	g-ggz
Psychiater										
Klinisch psycholoog										
Klinisch neuropsycholoog										
Verpleegkundig specialist GGZ										
Psychotherapeut										
GZ-psycholoog										
Verslavingsarts										
Physician assistant										
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige										
Specialist ouderengeneeskunde										
Klinisch geriater										
Orthopedagoog generalist										

Voorwaarden met betrekking tot diagnostiek en indicatiestelling op cliëntniveau

Psychiater/klinisch psycholoog/klinisch neuropsycholoog/psychotherapeut beschikbaar voor advies en consultatie binnen professioneel netwerk of het multidisciplinair team waarin regiebehandelaar participeert.

De orthopedagoog-generalist betreft in de rol van regiebehandelaar in setting 2 in de generalistische basis GGZ bij diagnostiek en indicatiestelling een GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, verpleegkundig specialist ggz of verslavingsarts

De GZ-psycholoog, de orthopedagoog-generalist en de physician assistant betreft in de rol van regiebehandelaar in setting 2 in de gespecialiseerde ggz bij diagnostiek en indicatiestelling een professional met een art. 14 BIG beroep in de gespecialiseerde ggz en/of het artikel 3 beroep psychotherapeut en/of specifiek het art. 3 BIG beroep verslavingsarts in de verslavingszorg of het art. 3 BIG beroep specialist ouderengeneeskunde in de ouderenpsychiatrie.

Bij diagnostiek en indicatiestelling is een art.14 BIG beroep betrokken (of het artikel 3 beroep 'psychotherapeut' of de beroepen 'verslavingsarts' of 'specialist ouderengeneeskunde' voor specifieke teams in verslavingszorg of ouderenpsychiatrie).

Voorwaarden

De definitie regiebehandelaar "De zorgverlener die de regie voert over het zorgproces van een cliënt en de samenhang in de behandeling bewaakt" geeft uitwerking aan de coördinerende rol. De indicerende rol kan door de regiebehandelaar worden ingevuld, maar ook door een andere discipline (opgenomen in tabel 1). Soms is inzet van een andere discipline uit tabel 1 voorwaardelijk om de indicerende rol in te kunnen vullen. De voorwaarden worden hieronder per sectie uitgewerkt. Deze voorwaarden gaan vooral over de indicerende rol. Vanzelfsprekend moet ook de regiebehandelaar in de coördinerende rol beschikken over voldoende kennis en kunde. Dit staat onder andere beschreven in paragraaf 3.7 over de taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar in de coördinerende rol en paragraaf 3.8.2 met de competenties van de regiebehandelaar in de coördinerende rol.

Sectie II Vrijgevestigde praktijken

Setting 1

- Binnen sectie II heeft de cliënt per definitie voor alle onderdelen van de patient journey te maken met dezelfde regiebehandelaar, die zowel de indicerende als de coördinerende rol invult.
- Psychiater/klinisch psycholoog/klinisch neuropsycholoog/psychotherapeut beschikbaar voor advies en consultatie binnen professioneel netwerk waarin regiebehandelaar participeert.

Sectie III Instellingen

De indicerende rol kan *binnen instellingen (sectie III)* ook door een andere behandelaar dan de regiebehandelaar van de cliënt worden ingevuld. Dit moet dan wel een discipline zijn die opgenomen is in tabel 2 bij de betreffende setting. Hier gelden dan per setting ook aanvullende voorwaarden voor. We sluiten hierbij aan op de onderdelen van de patient journey.

Setting 2

- Iedere discipline die in setting 1 regiebehandelaar kan zijn binnen respectievelijk de generalistische basis ggz (klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut en gz-psycholoog) of de gespecialiseerde ggz (psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en psychotherapeut), kan dat ook zijn binnen setting 2 op basis van dezelfde voorwaarden, d.w.z. dat er een psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog of psychotherapeut beschikbaar is voor advies en consultatie binnen het professioneel netwerk of het multidisciplinair team (MDT.³) waarin de regiebehandelaar participeert.
- Voor de verpleegkundig specialist ggz, verslavingsarts, specialist ouderengeneeskunde en klinisch geriater geldt dat zij binnen setting 2 zelfstandig de indicerende rol kunnen vervullen. Een psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog of psychotherapeut is beschikbaar voor advies en consultatie binnen het professioneel netwerk of het MDT waarin de regiebehandelaar participeert.
- De orthopedagoog-generalist betreft in de rol van regiebehandelaar in setting 2 in de generalistische basis GGZ bij diagnostiek en indicatiestelling een GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, verpleegkundig specialist ggz of verslavingsarts.
- De GZ-psycholoog, de orthopedagoog-generalist en de physician assistant betreft in de rol van regiebehandelaar in setting 2 in de gespecialiseerde ggz bij diagnostiek en indicatiestelling een professional met een art. 14 BIG beroep in de gespecialiseerde ggz en/of het artikel 3 beroep psychotherapeut en/of specifiek het art. 3 BIG beroep verslavingsarts in de verslavingszorg of het art. 3 BIG beroep specialist ouderengeneeskunde in de ouderenpsychiatrie.
- De zorgaanbieder legt de wijze van invulling van deze betrokkenheid vast in het eigen kwaliteitsstatuut. Betrokkenheid van een andere discipline kan via direct contact, of indirect bijvoorbeeld via een MDT of bilaterale afstemming. Wanneer de betrokken discipline het geïndiceerd vindt dat deze direct contact heeft met de cliënt, dan wordt dit door de zorgaanbieder gefaciliteerd. De regiebehandelaar bespreekt de uitkomsten van diagnostiek, indicatiestelling en evaluatie in bijvoorbeeld het MDT of bilaterale afstemming met de betrokken discipline. De bij de diagnostiek en indicatiestelling betrokken discipline wordt in het dossier van de cliënt vastgelegd.
- De professional 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 client en eventueel een aanvullende rol in diagnostiek en behandeling mogelijk.

³ Een instelling kan het MDT op verschillende manier vormgeven zoals bijvoorbeeld een MDO (multidisciplinair overleg), ZAG (zorgafstemmingssprek), etc.

Setting 3 tot en met 8

- Bij diagnostiek en indicatiestelling is een art.14 BIG beroep betrokken (of het artikel 3 beroep ‘psychotherapeut’ of de beroepen ‘verslavingsarts’ of ‘specialist ouderengeneeskunde’ voor specifieke team in verslavingszorg of ouderenpsychiatrie). Bespreking vindt plaats in het MDT en de betrokken discipline is lid van het MDT. Binnen de klinische settingen is een psychiater of klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog (of klinisch geriater binnen de ouderen psychiatrie) lid van het MDT. De bij de diagnostiek en indicatiestelling betrokken discipline wordt in het dossier van de cliënt vastgelegd.
- Het MDT bepaalt of het gezien de zorgvraag van de cliënt nodig is dat een art.14 BIG beroep (of het artikel 3 beroep ‘psychotherapeut’ of de beroepen ‘verslavingsarts’ of ‘specialist ouderengeneeskunde’ voor specifieke team in verslavingszorg of ouderenpsychiatrie) direct contact heeft met de cliënt. Dit wordt dan door de zorgaanbieder gefaciliteerd. Binnen de klinische settingen is direct contact van de één van de hiervoor genoemde disciplines met de cliënt altijd geïndiceerd. Dit contact kan al voorafgaand aan opname hebben plaatsgevonden.
- De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat evaluatie minimaal éénmaal per jaar, en indien noodzakelijk of bij ernstige stagnatie in de behandeling plaatsvindt en in het MDT wordt afgestemd en getoetst.
- Tijdens deze evaluatie wordt tevens beoordeeld of de rol van regiebehandelaar door de passende discipline wordt uitgevoerd.
- De professional 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 client en eventueel een aanvullende rol in diagnostiek en behandeling mogelijk.

Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP)

In de Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP) zijn afspraken opgenomen over de rollen verantwoordelijkheden in de acute zorg.

3.9 Samen leren en verbeteren

3.9.1 Reflecteren in een lerend netwerk

Samen leren en verbeteren is cruciaal voor het leveren van goede zorg.⁴ De probleemanalyse, indicatiestelling en het verloop van de behandeling en begeleiding en evaluatie zijn momenten in het zorgproces waarbij belangrijke beslissingen worden gemaakt. Reflecteren inclusief de perspectieven van anderen is daarbij cruciaal. Verschillende invalshoeken en ideeën kunnen leiden tot nieuwe inzichten die de behandeling en begeleiding voor de cliënt ten goede komen.

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

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

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

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

Kwaliteitseisen

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

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

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

Als de regiebehandelaar bij de cliënt zowel de rol van indicierend als coördinerend regiebehandelaar vervult, maakt hij afspraken over consultatiemogelijkheden op casusniveau binnen zijn lerende netwerk.⁵

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

⁴ Visie Samen leren en verbeteren, Kwaliteitsraad, 2019

⁵ Bijvoorbeeld bij verandering in zorgvraag van de cliënt, afwijken van het behandelplan of professionele richtlijn

3.9.2 Dialoog en verantwoording

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

3.10 Medebehandelaar in de GGZ

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

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

De medebehandelaar in de GGZ handelt in overeenstemming met de voor hem geldende professionele (wetenschappelijke) standaard. Hij voert zijn aandeel in de behandeling en begeleiding uit zoals vooraf vastgelegd in het individuele behandelplan, het zorgprogramma of zoals deze voortvloeien uit de wet- en regelgeving. Hij ontleent zijn verantwoordelijkheid aan het deskundigheidsgebied waarvoor hij is opgeleid. Hij is gehouden zijn deskundigheid en bekwaamheid op peil te houden dan wel uit te breiden, zodanig dat hij voldoet aan de eisen die in redelijkheid aan hem als hulpverlener mogen worden gesteld. Intervisie en supervisie zijn hierbij essentiële instrumenten.

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

- Geeft binnen het kader van het behandelplan zelfstandig uitvoering aan delen van het behandelplan.
- Is verantwoordelijk voor het eigen handelen op het betreffende deel van het behandelplan.
- Voorziet de regiebehandelaar regelmatig en op tijd van relevante informatie, zodat deze zijn verantwoordelijkheden kan waarmaken.
- 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 gevolg geeft aan diens aanwijzingen.
- Sluit zijn deel van de behandeling en begeleiding af en maakt hiervan een aantekening in het dossier, en stelt ook de regiebehandelaar in kennis van de inhoud en resultaten daarvan.

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

3.11 Familie en naasten

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

3.12 Vormgeven gepast gebruik

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

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

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

3.13 Verantwoording, toetsing en controle Kwaliteitsstatuut

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

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

1. De cliënt kiest zelf zijn regiebehandelaar.
2. De regiebehandelaar is persoonlijk zorginhoudelijk verantwoordelijk. Het uitgangspunt is dat de cliënt de behandelaar en de zorg krijgt die past bij zijn/haar zorgvraag en dat de regiebehandelaar in de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz in alle fases van het zorgtraject de zorg grotendeels zelf uitvoert. De inzet van een medebehandelaar is gedurende al deze fases mogelijk op voorwaarde dat de medebehandelaar bevoegd en bekwaam is en over specifieke deskundigheid beschikt, die als zodanig benoemd wordt in het kwaliteitsstatuut van de regiebehandelaar. Iemand die in opleiding is werkt onder supervisie en (mede)verantwoordelijkheid van een (regie)behandelaar en wordt niet als medebehandelaar beschouwd.
3. De in de vrijgevestigde praktijk in de Wet BIG geregistreerde regiebehandelaren beschikken ieder over een op naam en persoonlijke AGB-code geregistreerd kwaliteitsstatuut.
4. De vrijgevestigde praktijk is zelfstandig en niet verbonden aan een instelling; er is geen sprake van juridische of financiële afhankelijkheid van een andere rechtspersoon.
5. De bepaling van een vrijgevestigde praktijk of instelling gebeurt aan de hand van de AGB-code van de praktijk in combinatie met het al dan niet beschikken over een Wtza vergunning en het aantal zorgverleners (zie bijlage AGB-classificatiecode).

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

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

3.14 Doorontwikkeling Kwaliteitsstatuut en evaluatie

Dit Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is een levend document. Het zal periodiek worden geëvalueerd en bijgesteld. Bij de evaluatie zal de werking van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ worden beoordeeld aan de hand van de algemene uitgangspunten. Partijen in het Bestuurlijk Overleg LKS hebben de volgende punten voor evaluatie en doorontwikkeling benoemd:

- Omschrijving doelgroepen toevoegen
- Alternatief voor onderscheid generalistische basis ggz/gespecialiseerde ggz
- Monitoring van de effecten van het LKS op de praktijk
- Relatie met andere kwaliteitsstandaarden
- Proces en de governance
- Eén versie die bruikbaar en leesbaar is voor zowel cliënten als hulpverleners.
- Betrokkenheid regiebehandelaren bij verkennende gesprekken voorafgaand aan een intake in de GGZ.
- Meer aandacht voor samen beslissen en regie bij de zorgvrager en zijn/haar netwerk
- Meer samenhang tussen curatieve en herstelgerichte zorg.
- Beperken herhaling van wet- en regelgeving
- Beperken gedetailleerde opmerkingen die mogelijk van invloed zijn op ruimte voor eigen invulling.
- Bevoegdheid van BIG beroepen die geen voorbehouden handelingen kennen en geen andere bevoegdheid hebben dan het mogen dragen van hun beroepstitel.
- Aanpassing Bijlage C vanwege de Wtza onder andere in relatie tot aanvullende eisen in paragraaf 3.13
- Somatische zorg
- Het beroep van PA heeft zich de laatste jaren sterk ontwikkeld. Partijen zijn het er over eens dat de PA bevoegd en bekwaam is om als regiebehandelaar op te treden in de GGZ. Op dit moment zijn er nog relatief weinig PA's werkzaam in de GGZ. Het is de verwachting en hoop dat dit de komende jaren zal gaan groeien. Op dit moment is er voor gekozen om de PA als regiebehandelaar in te zetten in de g-ggz in setting 2 (en hoger) en niet in de gb-ggz in setting 2, zodat juist daar waar er behoefte is aan psychiaters, de PA kan zorgen voor het overnemen van een deel van zijn/haar taken. Het ligt in de verwachting dat de ontwikkelingen in de GGZ in de komende jaren er toe zullen leiden dat er opnieuw gekeken wordt naar een eventuele bredere inzet van de PA als regiebehandelaar in de GGZ.
- De orthopedagoog generalist is met een hardheidsclausule als mogelijke regiebehandelaar opgenomen in setting 2. Partijen gaan dit twee jaar na invoering van het nieuwe LKS samen evalueren.
- Onderscheid tussen de specialist ouderengeneeskunde en klinisch geriater

4. Sectie II: Vrijgevestigden

4.1 Inleiding

In de GGZ zijn naast geïntegreerde GGZ-instellingen veel zorgverleners werkzaam in een vrijgevestigde praktijk. Op hen is deze sectie van toepassing. In paragraaf 3.13 van sectie I is beschreven welke criteria hiervoor gelden.

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

In het kwaliteitsstatuut geeft u aan

- Wat uw professionele achtergrond is, voor welke problematiek cliënten bij uw praktijk terecht kunnen en hoe u de kwaliteit van de behandeling en begeleiding waarborgt.
- Hoe u het regiebehandelaarschap heeft ingevuld .

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

4.2 Relatie cliënt en vrijgevestigde

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

In het kwaliteitsstatuut geeft u aan

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

4.3 Samenwerking vraagt goede afspraken

Het uitgangspunt is dat de cliënt de behandelaar en de zorg krijgt die past bij zijn/haar zorgvraag en dat de regiebehandelaar in de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz in alle fasen van het zorgtraject de zorg grotendeels zelf uitvoert. De inzet van een medebehandelaar is gedurende al deze fasen mogelijk op voorwaarde dat de medebehandelaar bevoegd en bekwaam is en over specifieke deskundigheid beschikt, die als zodanig benoemd wordt in het kwaliteitsstatuut van de regiebehandelaar.

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

In het kwaliteitsstatuut geeft u aan

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

4.4 Aanbod van zorg aan de cliënt

In het kwaliteitsstatuut geeft u aan

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

Voortraject bij verwijzer/huisarts

De cliënt wendt zich conform wet- en regelgeving op grond van een verwijzing tot de zorgaanbieder in de GGZ. Het is de verantwoordelijkheid van de verwijzer dat de cliënt een verwijzing heeft die voldoet aan de daarvoor opgestelde veldnormen.⁶

Tot het moment dat de intake bij de regiebehandelaar heeft plaatsgevonden is de verwijzer de eerstverantwoordelijke zorgverlener voor de cliënt conform de WGBB.

In het kwaliteitsstatuut geeft u aan

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

Aanmelding en intake/probleemanalyse

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

In het kwaliteitsstatuut geeft u aan

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

⁶ [Besluit verwijzingen GGZ](#) | [Besluit](#) | [Rijksoverheid.nl](#)

Indicatiestelling

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

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

In het kwaliteitsstatuut geeft u aan

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

Behandeling en begeleiding

In de vrijevestigde praktijk voert de regiebehandelaar de behandeling en begeleiding veelal zelf uit.

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

Afsluiting/nazorg

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

In het kwaliteitsstatuut geeft u aan

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

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

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

5. Sectie III: GGZ-instellingen

5.1 Inleiding

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

5.2 Organisatie van de zorg

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

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

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

5.3 Zorgproces van individuele cliënten

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

Aanmelding en intake/probleemanalyse

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

Indicatiestelling

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

Behandeling en begeleiding

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

Afsluiting/nazorg

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

Daarbij beschrijft de GGZ-instelling

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

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

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

Bijlage A Begrippenlijst

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

Integrale zorg	Het geheel van activiteiten die tot doel hebben alle processen van een zorg-aanbieder (in het geval van ketenzorg van meerdere zorgaanbieders) die van invloed zijn op de kwaliteit van de zorg, zodanig te sturen en te borgen dat de zorg de kwaliteit heeft die men met elkaar nastreeft.
Intervisie	Een georganiseerd gesprek tussen beroepsbeoefenaren op hetzelfde vakgebied met het doel om de deskundigheid te vergroten en de kwaliteit van het handelen te verbeteren.
Kwaliteitsinstrument	Kwaliteitsstandaard of meetinstrument. Een kwaliteitsstandaard is een richtlijn, module, norm, zorgstandaard of organisatiebeschrijving, die: 1. betrekking heeft op het hele zorgproces of een deel van een zorgproces; 2. vastlegt wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen; en 3. overeenkomstig artikel 66b van de Zorgverzekeringswet in een openbaar register is opgenomen. Een meetinstrument is een middel waarmee een indicatie kan worden verkregen van de kwaliteit van de geleverde zorg.
Lerend netwerk	Een lerend netwerk is een vorm van collegiaal leren, waar gewerkt wordt in een vaste groep, tijdens meerdere bijeenkomsten rond een gezamenlijk thema of casuïstiek. In een lerend netwerk wordt doelbewust kennis en ervaringen uitgewisseld over een bepaald kennisgebied.
Medebehandelaar	Alle zorgverleners betrokken bij de behandeling van de cliënt, in casus niet zijnde de indicierend of coördinerend regiebehandelaar.
Meerjarenagenda	De Meerjarenagenda zoals bedoeld in artikel 66c van de Zorgverzekeringswet. De Meerjarenagenda is een wettelijk erkende afsprakenlijst met een overzicht van kwaliteitsstandaarden (en meetinstrumenten) die met voorrang moeten worden ontwikkeld. Bij elk daarvan is afgesproken welke partijen samenwerken om wat wanneer bij het Register aan te melden.
Multidisciplinair	Zorgverleners vanuit verschillende disciplines (binnen verschillende gebieden), die samenwerken om gezamenlijk een behandeling en begeleiding te kunnen bieden aan de cliënt.
Onvrijwillige zorg	Zorg waartegen de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet (Wzd).
Cliënt	Een natuurlijk persoon die zorg vraagt of aan wie zorg wordt verleend.
Probleemanalyse	Het in kaart brengen van psychische, somatische of sociale problemen door het achterhalen en onderzoeken van belangrijke gegevens, en door het leggen van verbanden om de oorzaak te vinden.
Professioneel netwerk	Professioneel netwerk gaat om andere zorgaanbieders met wie er structurele samenwerkingsafspraken bestaan in het kader van de behandeling.
Professioneel statuut	In het professioneel statuut staan de verantwoordelijkheden van de behandelaar vastgelegd, alsook de afspraken en beschrijving van de samenwerking tussen de regiebehandelaar en medebehandelaren.

Regiebehandelaar	De zorgverlener die de regie voert over het zorgproces van een cliënt en de samenhang in de behandeling bewaakt.
Register	Openbaar Register zoals bedoeld in artikel 66b, eerste lid van de Zorgverzekeringswet, waarin kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten worden opgenomen die zijn getoetst en voldoen aan de criteria uit het Toetsingskader. Het Register biedt transparantie over de normen voor goede zorg en de normen voor het meten van goede zorg voor een specifiek zorgproces.
Richtlijn	Documenten bestaande uit een set van aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van de professionals in de zorg en cliënten, evidence-based en gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig handelen.
Toestemming	Gerichte toestemming tot enig handelen die een cliënt of diens wettelijke vertegenwoordiger aan een zorgverlener geeft, nadat deze de aard, de bedoeling, de mogelijke consequenties en de reikwijdte van dat handelen expliciet duidelijk heeft gemaakt.
Toetsingskader	Op basis van het Toetsingskader wordt beoordeeld of een voor het Register voorgedragen kwaliteitsinstrument kan worden aangemerkt als een verantwoorde beschrijving van de kwaliteit van een zorgproces of als een verantwoord middel om te meten of goede zorg is geleverd.
Verplichte zorg	De zorg die binnen de kaders van de Wvggz, ondanks verzet van de cliënt of zijn vertegenwoordiger, aan de cliënt kan worden verleend.
Visitatie	Een op kwaliteitsverbetering gerichte methode waarbij zorgverleners door middel van een intercollegiaal bezoek elkaars werkzaamheden kritisch toetsen.
Wet BIG	De Wet BIG geeft regels voor beroepen in de gezondheidszorg en beschermt cliënten tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen.
Wettelijk vertegenwoordiger	De door de rechter benoemde curator of mentor van de meerderjarige cliënt.
Zorgaanbieder	Een instelling dan wel een solistisch werkende zorgverlener.
Zorginstelling	Een rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent, een organisatorisch verband van natuurlijke personen die bedrijfsmatig zorg verlenen of doen verlenen, of een natuurlijk persoon die bedrijfsmatig zorg laat verlenen.
Zorgverlener	Een natuurlijk persoon die beroepsmatig zorg verleent.

Bijlage B Format Kwaliteitsstatuut – Vrijgevestigde (inclusief checklist)

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

I. Algemene informatie

1. A Gegevens ggz-aanbieder

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

**Toets op aanwezigheid van (een aantal gegevens worden opgehaald uit Vektis/KvK handelsregister):
Naam praktijk regiebehandelaar**

- **Praktijkadres**
- **Telefoonnummer**
- **E-mailadres**
- **Inschrijving KvK**
- **BIG-registraties**
- **AGB-code praktijk**
- **AGB-code persoonlijk**

1.B Gegevens ggz-aanbieder

Werkt u op meer dan één locatie, geef dan de locaties en adresgegevens hieronder in. *[Open tekstveld]*

Geen toets

2. Biedt zorg aan in:

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

2.A Biedt zorg aan in:

- ¶ De generalistische basis-ggz
- ¶ De gespecialiseerde ggz

Toets op invullen minimaal één optie, meerdere antwoorden zijn mogelijk

2.B Biedt zorg aan in setting 1 en vult de voorwaarden ten aanzien van de indicerende en coördinerende rol als volgt in:

Toets op aanwezigheid beschrijving

3. Beschrijving aandachtsgebieden/zorgaanbod

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

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

Toets op aanwezigheid beschrijving

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

- Alle hoofddiagnoses
- Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
- Angststoornissen
- Bipolaire stemmingsstoornissen
- Depressieve stemmingsstoornissen
- Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen
- Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen
- Neurocognitieve stoornissen
- Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Restgroep (Dissociatieve stoornissen; Stoornissen in zindelijkheid; Slaap-waakstoornissen; Seksuele disfuncties; Genderdysforie; Disruptieve impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen; Parafiele stoornissen; Overige psychische stoornissen; Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie)
- Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen
- Somatische symptoomstoornis en verwante stoornissen
- Trauma en stress gerelateerde stoornissen
- Voedings- en eetstoornissen

Toets op invullen minimaal één optie

4. Samenstelling van de praktijk

- Aan mijn praktijk zijn de volgende zorgverlenende medewerkers verbonden:

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

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

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

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

Geen toets

5. Professioneel (multidisciplinair) netwerk

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

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

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

Geen toets

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

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

Geen toets

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

Geen toets

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

Toets op aanwezigheid beschrijving

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

¶ Ja, welke *[open tekstveld]*

¶ Nee, omdat *[open tekstveld]*

Geen toets

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

Toets op minimaal één ingevulde naam

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

Toets op aanwezigheid beschrijving

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

- Heeft u een contract met de zorgverzekeraar, zo ja welke?

¶ Ja, ik heb een contract met de volgende zorgverzekeraars *[link naar website waar lijst met gecontracteerde verzekeraars vindbaar zijn] of [upload van bestand met lijst van gecontracteerde verzekeraars]*

¶ Nee, ik heb geen contracten met zorgverzekeraars

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

7. Behandeltarieven

¶ Ik heb de tarieven die ik hanteer gepubliceerd op mijn website of in mijn praktijk.

¶ Ik heb het tarief voor zelfbetalers gepubliceerd op mijn website of in mijn praktijk.

¶ Ik hanteer voorwaarden en een tarief voor no-show: gepubliceerd op mijn website of in mijn praktijk.

Geen toets

of

¶ Ik hanteer geen voorwaarden voor no-show

De behandeltarieven en eventueel no-show voorwaarden en no-show tarief zijn hier te vinden:

[link naar website of upload van bestand]

Toets op een werkende link of bijgevoegd bestand

8. Kwaliteitswaarborg

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

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

9. Klachten en geschillen regeling

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

Toets op aanwezigheid beschrijving

10. Regeling bij vakantie en calamiteiten

- ☐ Cliënten kunnen tijdens mijn afwezigheid gedurende vakantie en ziekte terecht bij: *[vul hier naam en contactgegevens vervangend behandelaar in]*

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

Toets op ingevulde naam en contactgegevens

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

Toets op antwoord ja

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

11. Wachtijd voor intake en behandeling en begeleiding

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

Toets op een werkende link of bijgevoegd bestand

12. Aanmelding en intake/probleemanalyse

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

Toets op aanwezigheid beschrijving

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

Toets op antwoord ja

13. Behandeling en begeleiding

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

Toets op antwoord ja

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

Toets op antwoord ja

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

Toets op aanwezigheid beschrijving

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

Toets op aanwezigheid beschrijving

- ¶ Ik reflecteer periodiek en tijdig met de cliënt (en eventueel zijn naasten en/of medebehandelaren) de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling en begeleiding. Als standaardperiode hanteer ik hiervoor: *[opentekstveld]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

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

Toets op aanwezigheid beschrijving

14. Afsluiting/nazorg

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

Toets op antwoord ja

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

Toets op antwoord ja

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

Toets op antwoord ja

III. Omgang met cliëntgegevens

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

Toets op antwoord ja

¶ In situaties waarin het beroepsgeheim mogelijk doorbroken wordt, gebruik ik de daartoe geldende richtlijnen van de beroepsgroep, waaronder de meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (bij conflict van plichten, vermoeden van kindermishandeling of huiselijk geweld), het stappenplan materiële controle en ik vraag het controleplan op bij de zorgverzekeraar (bij materiële controle): *[ja/nee]*

Toets op antwoord ja

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

Toets op antwoord ja

IV. Ondertekening

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

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

Toets op vinkje, ingevulde naam, plaats en datum

Bijlage C AGB-classificatiecode

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

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

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

Andere zorgaanbieders worden gelijkgesteld met een vrijgevestigde praktijk.

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

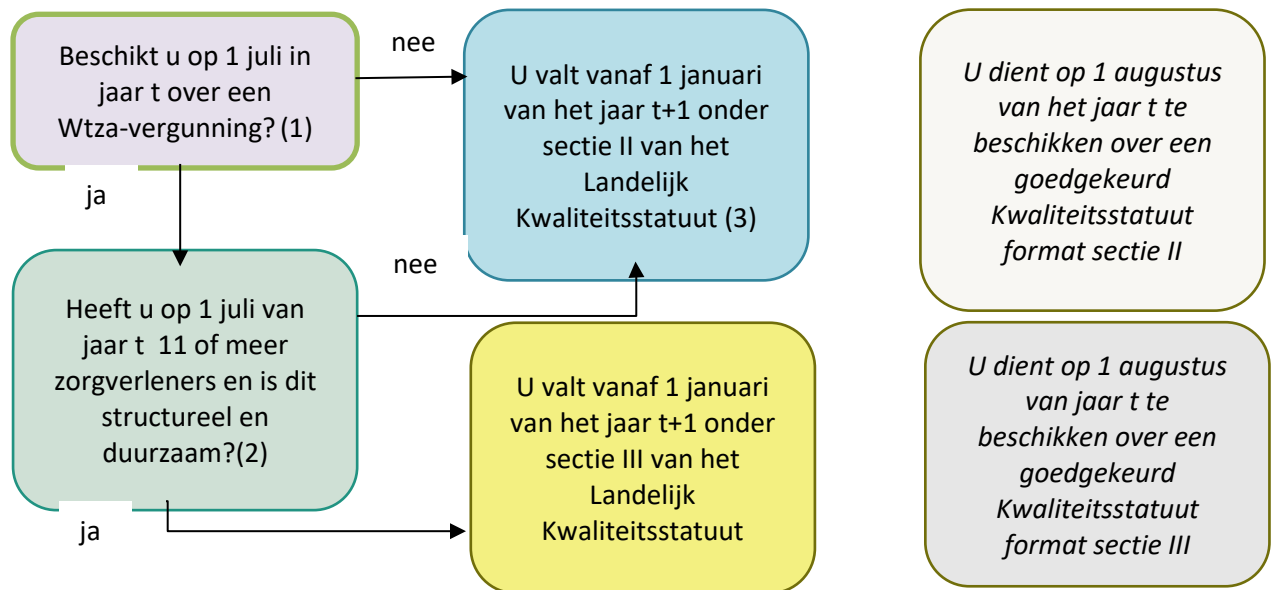
Structurele overgangsprocedure voor wisseling van sectie LKS

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

Beslisboom voor jaarlijkse toetsing sectie LKS

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

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



(1) De Wtza-vergunningplicht geldt voor:

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

Meer informatie: [link CIBG](#)

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

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

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

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

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

I. Algemene informatie

1. Gegevens ggz-aanbieder

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

Toets op aanwezigheid van (een aantal gegevens worden opgehaald uit Vektis/KvK handelsregister):

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

2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt²:

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

Toets op aanwezigheid van:

- Naam
- Emailadres
- Telefoonnummer

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

Toets op werkende link

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

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

4. Beschrijving aandachtsgebieden/zorgaanbod

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

Toets op aanwezigheid beschrijving

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

- Alle hoofddiagnoses
- Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
- Angststoornissen
- Bipolaire stemmingsstoornissen
- Depressieve stemmingsstoornissen
- Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen
- Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen
- Neurocognitieve stoornissen
- Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen
- Persoonlijkeitsstoornissen
- Restgroep (Dissociatieve stoornissen; Stoornissen in zindelijkheid; Slaap-waakstoornissen; Seksuele disfuncties; Genderdysforie; Disruptieve impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen; Parafiele stoornissen; Overige psychische stoornissen; Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie)
- Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen
- Somatische symptoomstoornis en verwante stoornissen
- Trauma en stress gerelateerde stoornissen
- Voedings- en eetstoornissen

Toets op invullen minimaal één optie

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

☐ Nee

☐ Ja, wij hebben een afdeling hoogspecialistische ggz voor

- Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
- Angststoornissen
- Bipolaire stemmingsstoornissen
- Depressieve stemmingsstoornissen
- Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen
- Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen
- Neurocognitieve stoornissen
- Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Restgroep (Dissociatieve stoornissen; Stoornissen in zindelijkheid; Slaap-waakstoornissen; Seksuele disfuncties; Genderdysforie; Disruptieve impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen; Parafiele stoornissen; Overige psychische stoornissen; Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie)
- Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen
- Somatische symptoomstoornis en verwante stoornissen
- Trauma en stress gerelateerde stoornissen
- Voedings- en eetstoornissen
- ☐ Anders, namelijk...

Toets op invullen minimaal één optie

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

☐ Dubbele diagnose (aanbodspecifiek gericht op behandeling van bijvoorbeeld verslaving icm een psychische stoornis of een eetstoornis icm PTSS), nl

☐ ... [vrij veld] en ... [vrij veld], of

☐ ... [vrij veld] en ... [vrij veld]

☐ Mensen met een (licht) verstandelijke beperking

☐ Overig, namelijk [vrij veld]

Geen toets

5. Beschrijving professioneel netwerk³:

[open tekstveld]

Toets op aanwezigheid beschrijving

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

6. Biedt zorg aan in

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

[Naaminstelling] heeft aanbod in de volgende settings van het Zorgprestatie-model:

Setting 2 (ambulant – monodisciplinair) / generalistische basis ggz

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als regiebehandelaar optreden en zijn de voorwaarden ten aanzien van de indicerende en coördinerende rol als volgt ingevuld.

Setting 2 (ambulant - monodisciplinair) / gespecialiseerde ggz

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als regiebehandelaar optreden en zijn de voorwaarden ten aanzien van de indicerende en coördinerende rol als volgt ingevuld.

Setting 3 (ambulant - multidisciplinair)

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als regiebehandelaar optreden en zijn de voorwaarden ten aanzien van de indicerende en coördinerende rol als volgt ingevuld.

Setting 4 (outreaching)

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als regiebehandelaar optreden en zijn de voorwaarden ten aanzien van de indicerende en coördinerende rol als volgt ingevuld.

Setting 5 (klinisch exclusief forensische en beveiligde zorg)

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als regiebehandelaar optreden en zijn de voorwaarden ten aanzien van de indicerende en coördinerende rol als volgt ingevuld.

Setting 6 (forensisch en beveiligde zorg – klinische zorg)

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als regiebehandelaar optreden en zijn de voorwaarden ten aanzien van de indicerende en coördinerende rol als volgt ingevuld.

Setting 7 (forensisch en beveiligde zorg – niet klinische of ambulante zorg)

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als regiebehandelaar optreden en zijn de voorwaarden ten aanzien van de indicerende en coördinerende rol als volgt ingevuld.

Setting 8 (hoogspecialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde))

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als regiebehandelaar optreden en zijn de voorwaarden ten aanzien van de indicerende en coördinerende rol als volgt ingevuld.

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

7. Structurele samenwerkingspartners

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

Beschrijf de functie van het samenwerkingsverband en wie daarin participeren:

[NAW-gegevens met vermelding websites].

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

Toets op aanwezigheid beschrijving

8. Lerend netwerk

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

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

Toets op aanwezigheid beschrijving

II. Organisatie van de zorg

9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

[Naam Instelling] ziet er als volgt op toe dat

- zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn: *[beschrijf uw beleid en hoe uw dit uitvoert en borgt]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

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

Toets op aanwezigheid beschrijving

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

Toets op aanwezigheid beschrijving

10. Samenwerking

- Samenwerking binnen uw organisatie is vastgelegd en geborgd in het professioneel statuut:

[ja of nee]

Toets op aanvinken ja

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

Toets op aanwezigheid beschrijving

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

Toets op aanwezigheid beschrijving

- Binnen *[naam instelling]* geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de volgende escalatieprocedure: *[beschrijf uw beleid en hoe u dit uitvoert en borgt, indien er alleen zorgaanbod is in setting 2 én een escalatieprocedure niet van toepassing is, geeft u dat aan]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

11. Dossiervoering en omgang met cliëntgegevens

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

Toets op antwoord ja

- In situaties waarin het beroepsgeheim mogelijk doorbroken wordt, gebruik ik de daartoe geldende richtlijnen van de beroepsgroep, waaronder de meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (bij conflict van plichten, vermoeden van kindermishandeling of huiselijk geweld), het stappenplan materiële controle en ik vraag het controleplan op bij de zorgverzekeraar (bij materiële controle): *[ja/nee]*

Toets op antwoord ja

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

Toets op antwoord ja

12. Klachten en geschillen regeling

¶ cliënten kunnende klachtenregeling hier vinden: *[link naar website of upload van bestand]*

Toets op werkende link of bijgevoegd bestand

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

Toets op werkende link of bijgevoegd bestand

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

13. Wachttime voor intake/probleemanalyse en behandeling en begeleiding

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

Toets op werkende link of bijgevoegd bestand

14. Aanmelding en intake/probleemanalyse

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

Toets op aanwezigheid beschrijving

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

Toets op ja

15. Indicatiestelling

- Beschrijf hoe de intake/probleemanalyse en indicatiestelling binnen *[naam instelling]* is geregeld (hoe komt de aanmelding binnen, hoe komt de afspraak met de cliënt voor de intake tot stand, wie is in de intakefase de regiebehandelaar en hoe komt die beslissing tot stand (afstemming met cliënt), waaruit bestaan de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar bij het stellen van de diagnose): *[open tekstveld]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

16. Behandeling en begeleiding

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

Toets op aanwezigheid beschrijving.

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

Geen toets

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

Toets op aanwezigheid beschrijving

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

Toets op aanwezigheid beschrijving

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

Toets op aanwezigheid beschrijving

17. Afsluiting/nazorg

- De resultaten van de behandeling en begeleiding en de mogelijke vervolgstappen worden als volgt met de cliënt en diens verwijzer besproken: *[o.a. informeren verwijzer, advies aan verwijzer over vervolgstappen, informeren vervolgbehandelaar, hoe handelt instelling als cliënt bezwaar maakt tegen informeren van verwijzer of anderen]*

Toets op aanwezigheid beschrijving

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

Toets op aanwezigheid beschrijving

IV. Ondertekening

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

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

Toets op vinkje, ingevulde naam, plaats en datum

Bij het openbaar maken van het Kwaliteitsstatuut voegt de ggz-instelling de volgende bijlagen op de registratiepagina van www.GGZkwaliteitsstatuut.nl toe:

- een afschrift/kopie van het binnen de instelling geldende kwaliteitscertificaat (HKZ/NIAZ/JCI of ander keurmerk);
- zijn algemene leveringsvoorwaarden;
- het binnen de instelling geldende professioneel statuut.

Toets op aanwezigheid van upload documenten op registratiewebsite

Bijlage E Regeling overgang Jeugdwet naar Zvw bij bereiken 18 jaar

Behorende bij het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ*

Regeling overgang Jeugdwet naar ZVW bij bereiken 18 jaar

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

Overgangsregeling 18-/18+

De regeling is bedoeld voor de cliënt die tijdens de behandeling onder de Jeugdwet de 18-jarige leeftijd bereikt. Aanspraak op vergoeding onder de Jeugdwet vervalt hierdoor. Voortzetting of afronding van de behandeling dient onder de Zorgverzekeringswet plaats te vinden. Als vanwege de opgebouwde behandelrelatie de cliënt de zorg bij de bestaande (regie)behandelaar voort wenst te zetten maar dit wordt verhinderd door de verplichting voortvloeiend uit het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ*, kan deze cliënt gebruik maken van de overgangsregeling. Daarbij gelden 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 BIG register.
- De voortzetting van de behandeling is gericht op afsluiting of overdracht.
- De behandeling kent een maximale termijn van 365 dagen na de dag dat de cliënt 18 jaar wordt.
- Voor de voortzetting van deze behandeling gelden dezelfde randvoorwaarden als onder de Jeugdwet en beleidsregels voor de curatieve GGZ.

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

Proces

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