

Kwaliteitsstatuut

2017.1

mentaalbeter 

*November 2016
Status: definitief*

Inhoudsopgave

SECTIE I	Algemeen deel	3
	Begrippenlijst	3
	1. Introductie	4
	2. Doelen kwaliteitsstatuut	5
	3. Algemene uitgangspunten	5
	3.1 Cliënt centraal	5
	3.2 Afstemming en samenwerking vragen om goede afspraken	5
	3.3 Relatie tot wet- en regelgeving	5
	3.4 Toets op uitvoerbaarheid	5
	4. Aanbod van zorg aan de cliënt	6
	4.1. De weg die de cliënt af legt (patient's journey)	6
	Fase 1) Voortraject bij verwijzer	6
	Fase 2) Aanmelding/Intake	6
	Fase 3) Diagnostiek	8
	Fase 4) Behandeling	8
	Fase 5) Afsluiting/nazorg	10
	4.2 Regiebehandelaar	10
	4.3 Vormgeven gepast gebruik	12
	5. Verantwoording, toetsing en controle van het kwaliteitsstatuut	13
Sectie II		13
SECTIE III	Ggz-instellingen	14
	1. Inleiding	14
	2. Invulling regiebehandelaarschap	14
	2.1 De generalistische basis-ggz	14
	2.2. De gespecialiseerde ggz	14
	3. De behandelaar in de gespecialiseerde ggz	17
	4. Organisatie van de zorg	17

SECTIE I Algemeen deel

Begrippenlijst

Bekwaamheid:	de zorgverlener dient zijn werkzaamheden uit te voeren binnen de grenzen van hun wettelijk omschreven deskundigheidsgebied.
Bevoegdheid:	de zorgverlener dient voldoende kennis en ervaring te hebben ten aanzien van zijn werkzaamheden om die naar behoren te verrichten.
BIG-beroepen:	artsen, tandartsen, apothekers, verloskundigen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen en psychotherapeuten.
BIG-Registratie:	beoefenaren van de BIG- beroepen kunnen zich in het BIG-register laten inschrijven indien zij voldoen aan de wettelijke opleidingseisen die voor hun beroep gelden en er voor hun inschrijving geen weigeringsgronden van toepassing zijn.
Integrale zorg:	het geheel van activiteiten die tot doel hebben alle processen van een zorgaanbieder (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.
Generalistische basis ggz:	diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek.
Gespecialiseerde ggz:	diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen.
Gepast gebruik:	de juiste inzet van hulp, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk, op alle momenten tijdens een behandeling.
Intervisie:	een vorm van intercollegiale toetsing op locatie waarbij de omstandigheden waaronder en de manier waarop collegae het beroep uitoefenen worden beoordeeld.
Kwaliteitsvisitatie:	een ter plaatse te verrichten onderzoek onder een groep professionals door collegae professionals, waarbij op basis van zelfevaluatie continue kwaliteitsverbetering van de zorgverlening aan patiënten/cliënten wordt nagestreefd.
Professional:	een zorgverlener die om zorg te kunnen verlenen moet voldoen aan basis-kwaliteitseisen.
Professioneel handelen:	de beroepsbeoefenaar handelt met de deskundigheid en zorgvuldigheid die van hem in deze situatie verwacht mag worden.
Professioneel netwerk :	de samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals, al dan niet binnen dezelfde zorgaanbieder.
Professionele standaard:	richtlijnen, beroepsrichtlijnen, gedragscodes, (veld)normen, zorgstandaarden dan wel organisatiebeschrijvingen die betrekking hebben op het gehele zorgproces of een deel van een specifiek zorgproces en die vastleggen wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen.
Regiebehandelaar:	de zorgverlener die de regie voert over het zorgproces.
Supervisie:	het werken onder begeleiding van een supervisor om te leren over de gezondheidszorg.
Veldnorm:	is een handelingsinstructie voor zorgvuldig en professioneel handelen in de zorg. Dergelijke veldnormen worden opgesteld door het veld zelf om aan te geven welke normen zij onderling of in hun betrekkingen met derden in acht zullen nemen en fungeren als toetssteen.
Zorgaanbieder:	de rechtspersoon, die zorg verleent binnen het domein van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.
Zorgverlener:	de voor de zorginstelling werkzame of vrijgevestigde beroepsbeoefenaar die met de cliënt in het kader van de behandeling of begeleiding persoonlijk contact heeft.

1 Introductie

Dit kwaliteitsstatuut van Mentaal Beter is van kracht vanaf 1 januari 2017. Mentaal Beter is een landelijk opererende aanbieder van ambulante geestelijke gezondheidszorg (ggz) in zowel de generalistische basis ggz (gbggz) als de gespecialiseerde ggz (sggz).

Mentaal Beter biedt zorg van hoge kwaliteit, waarbij cliëntgerichtheid (cliënt staat centraal), doeltreffendheid (behandeling die werkt), doelmatigheid (behandeling tegen kosten zoals noodzakelijk) en veiligheid (voor cliënt en omgeving) voorop staan. Kernwaarden zijn een persoonlijke, duidelijke en doelgerichte aanpak, gekenmerkt door maatwerk, openheid en resultaat.

Mentaal Beter heeft een uitgebreid, gevarieerd zorgaanbod in gb-ggz en s-ggz. Wij bieden op alle vestigingen ambulante behandeling voor depressieve stoornissen, angststoornissen, somatisch-symptoomstoornissen, trauma-gerelateerde stoornissen (incl. PTSS), ADHD, autismespectrumstoornissen (ASS) en persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast bieden we op een aantal locaties gespecialiseerde behandeling voor eetstoornissen.

Mentaal Beter maakt onder meer gebruik van cognitieve gedragstherapie (cgt), oplossingsgerichte therapie, interpersoonlijke therapie, systeemtherapie, emdr en schematherapie. Mentaal Beter maakt gebruik van individuele face-to-face psychologische interventies, e-health met begeleiding en groepstherapie. De cliënt staat centraal, zowel in de diagnostiek (probleemdefinitie en beschrijvende diagnose) als in de behandeling en overige aanpak (doelen, behandelvormen, inzet e-health, herstel en participatiegedrag) gericht op klinisch en persoonlijk herstel. De zorgvormen en aanpak is voor onze professionals binnen Mentaal Beter vastgelegd in door ons zelf opgestelde zorgpaden, die goed aansluiten op multidisciplinaire richtlijnen en specifieke behandelprotocollen.

Sinds 2015 heeft Mentaal Beter een auditsysteem opgezet waarbij dossiers middels steekproeven (in overleg met de accountants [PWC] van Mentaal Beter) worden getoetst op:

- Zijn alle dossiers op orde volgens de afspraken en richtlijnen van de zorgverzekeraars en gemeenten en de wettelijke bepalingen. Daarnaast wordt de inhoudelijke kwaliteit van een of meerdere behandeling(en) getoetst;
- De cliënten vragen we schriftelijk om toestemming.

Mentaal Beter is een landelijk netwerk van lokale vestigingen, waarbij telkens op lokaal of regionaal niveau samenwerking of andere afspraken bestaan voor het goed functioneren van verticale of horizontale ketenzorg. Zo is het af- of opschalen naar zorg door andere partijen in de keten steeds afdoende georganiseerd, waarbij cliënt passend zal worden ondersteund en overgedragen. Iedere vestiging heeft lokale of regionale samenwerking met huisartsen, POH-GGZ-ers, crisisdiensten en instellingen met bedden capaciteit. Voor informatie over de samenwerking van een specifieke vestiging verwijzen wij naar onze website: www.mentaalbeter.nl

In dit kwaliteitsstatuut kunt u lezen over de kaders van onze aanpak. Dit kwaliteitsstatuut draagt bij aan het leveren van de juiste hulp op de juiste plaats en door de juiste professional, binnen een kwalitatief verantwoord netwerk. Dit kwaliteitsstatuut is vastgelegd in de publieke regelgeving en is openbaar. Voorsnog is dit kwaliteitsstatuut een veldnorm voor de geneeskundige ggz zoals die onder de Zorgverzekeringswet aan mensen van 18 jaar en ouder wordt geleverd.

2. Doelen kwaliteitsstatuut

Het kwaliteitsstatuut beschrijft de wijze waarop Mentaal Beter de integrale zorg voor de individuele cliënt heeft georganiseerd, in het bijzonder de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken (andere) zorgverleners en hun onderlinge verhoudingen, op een zodanige manier dat de autonomie en regie van de cliënt zoveel mogelijk wordt gestimuleerd en de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening inzichtelijk en toetsbaar zijn.

Het kwaliteitsstatuut van Mentaal Beter heeft de volgende doelen:

1. Het voor de cliënt en diens familie/naastbetrokkenen inzichtelijk maken hoe Mentaal Beter aan minimale kwaliteitsaspecten vorm en inhoud geeft.
2. Het de cliënt in staat stellen om een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder en te participeren in de besluitvorming met betrekking tot hun individuele behandelproces;
3. Het financiers, toetsende en toezichthoudende instanties in de gelegenheid stellen om zich een oordeel te vormen over de kwaliteit van zorg zoals die door een individuele zorgaanbieder wordt geboden.

3. Algemene uitgangspunten

3.1 Cliënt centraal

Mentaal Beter richt de zorg zodanig in dat de cliënt in staat wordt gesteld zelf maximaal regie te voeren over de behandeling, ook binnen de kaders van gedwongen zorg. Gezamenlijke besluitvorming door de cliënt en professional over de behandeling en de wijze waarop samenwerking met en ondersteuning van familie en/of naasten wordt ingevuld, is hiervoor een essentiële voorwaarde.

3.2 Afstemming en samenwerking vragen om goede afspraken

Zorgverleners functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein. Dit gegeven brengt met zich mee dat - als er meerdere professionals betrokken zijn bij de behandeling - er een duidelijke rolverdeling tussen alle bij de behandeling betrokkenen vereist is; niet alleen als zij werkzaam zijn binnen een en dezelfde zorgaanbieder, maar ook bij afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders. In het laatste geval is er sprake van meerdere behandelovereenkomsten met de cliënt op hetzelfde moment of opeenvolgend op elkaar. In alle gevallen zijn afspraken vereist tussen zorgverleners over het vormgeven van de afstemming en samenwerking, over op- en afschalen en een goede overdracht.

3.3 Relatie tot wet- en regelgeving

Zorgverlening moet te allen tijde voldoen aan de professionele standaard. Zorgverleners hebben ruimte om de organisatie en inhoud van de zorg daarbinnen naar eigen inzicht in te richten. Deze ruimte wordt evenwel begrensd door wettelijk geregelde verantwoordelijkheden en bevoegdheden, die te allen tijde in acht dienen te worden genomen (zoals de Wkkgz, de wet BIG, de WGBO, de Zorgverzekeringswet, de Wet Bopz/Wvvgz, Jeugdwet, WLZ en Wmo waar van toepassing).

3.4 Toets op uitvoerbaarheid

Zoals gezegd vraagt zorgverlening door zijn complexiteit om afspraken en regelgeving. In die zin zal het kwaliteitsstatuut een administratieve last betekenen. Deze administratieve last moet altijd in verhouding staan tot het doel waartoe zij dient. Bij het opstellen, bijstellen en evalueren van het (model) Kwaliteitsstatuut GGZ zullen de voorschriften altijd getoetst worden op proportionaliteit en uitvoerbaarheid.

4. Aanbod van zorg aan de cliënt

4.1. De weg die de cliënt aflegt (patient's journey)

Het kwaliteitsstatuut ondersteunt de cliënt bij het vinden van informatie wanneer hij zich tot een zorgverlener in de curatieve GGZ wendt en waaraan hij het vertrouwen kan ontlenuen 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 fungeert daarmee voor de cliënt als een gids om een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder en te participeren in de besluitvorming met betrekking tot het individuele behandelproces. De cliënt gaat bij elk behandelingsproces door vijf fases:

- 1) Voortraject bij verwijzer
- 2) Aanmelding/intake
- 3) Diagnostiek
- 4) Behandeling
- 5) Afsluiting en nazorg

Fase 1) Voortraject bij verwijzer

De patiënt/cliënt (vanaf hier cliënt genoemd) wendt zich tot de generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz op grond van vigerende wet- en regelgeving 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.

Op de website van Mentaal Beter (www.mentaalbeter.nl) is de actuele wachttijd voor intake en voor behandeling gepubliceerd conform de vigerende beleidsregel van de NZa (NR/CU-557). Wanneer intake of behandeling niet binnen de gestelde treeknormen kan aanvangen, stelt Mentaal Beter 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 zorgverlener heeft plaatsgevonden is de verwijzer de eerstverantwoordelijke voor de cliënt.

Fase 2) Aanmelding/Intake

De aanmelding door cliënt (of diens vertegenwoordiger) bij Mentaal Beter kan zowel telefonisch, via Zorgkaart Nederland als via de website van Mentaal Beter per mail gedaan worden. Vervolgens stuurt de cliënt (per post of per mail) de verwijsbrief naar Mentaal Beter. Indien de verwijsbrief niet volledig is of (volgens geldende normen) onvoldoende gegevens bevat, wordt cliënt om toestemming gevraagd om verwijzer te mogen benaderen, waarop de verwijzing in orde kan worden gemaakt.

Na ontvangst van de aanmelding en een geldige verwijsbrief neemt het planbureau (secretariaat of behandelaar zelf die de gesprekken inplant, verder te noemen "planbureau") van Mentaal Beter een aantal stappen:

1. Cliënt wordt telefonisch benaderd om een afspraak voor het intakegesprek te maken. Het planbureau maakt in overleg met de cliënt een professionele inschatting welke professional lijkt te passen bij betreffende cliënt en zorgvraag.
2. De cliënt wordt aangemaakt in het cliëntvolgsysteem van Mentaal Beter. Middels autorisaties is vastgelegd wie toegang heeft tot de voor hem of haar relevante informatie.
3. Er wordt per post een aanmeldingspakket naar de cliënt gestuurd. Dit pakket omvat een behandelovereenkomst, toestemmingsformulieren, afspraakbevestiging, algemene voorwaarden en een voorlichtingsfolder. Het is de bedoeling dat cliënt de behandelovereenkomst en de toestemmingsformulieren ondertekent en meeneemt naar het intakegesprek.

Er worden voor cliënt een aantal documenten en vragenlijsten klaar gezet in een digitale portal (EMHP). Het betreft:

- een zogeheten ROM-vragenlijst (voor volwassenen is dit de SQ-48) waarmee een eerste meting van de klachten(druk) wordt gedaan;
- eventueel kunnen andere vragenlijsten worden toegevoegd zoals de ontwikkelingsvragenlijst en bijkomende vragenlijsten n.a.v. het triage gesprek.

De cliënt ontvangt per mail de inloginstructies en –codes. In het geval dat een cliënt geen toegang tot internet heeft, worden deze documenten per post gestuurd. Cliënt wordt verzocht deze documenten in te vullen voordat de intake plaats vindt.

In de fase van aanmelding tot aan het eerste intakegesprek is het planbureau (secretariaat of behandelaar die de afspraken inplant verder te noemen “planbureau”) het aanspreekpunt voor cliënt. Tijdens het eerste intakegesprek wordt in overleg met cliënt vastgelegd wie vanaf dat moment als regiebehandelaar zal optreden en deze vormt dan het primaire aanspreekpunt voor cliënt.

De intake is een kennismaking tussen cliënt en Mentaal Beter. De cliënt en eventueel zijn naasten gaan na of Mentaal Beter voldoet aan zijn of haar verwachtingen. De aanbieder gaat in ieder geval na of hij een effectief en doelmatig aanbod kan formuleren, dat aansluit op de zorgbehoefte, wensen en mogelijkheden van de cliënt.

Indien Mentaal Beter geen passend aanbod heeft dat aansluit bij de zorgvraag van de cliënt, verwijst hij de cliënt terug naar de verwijzer. Bij voorkeur met advies voor een beter passend behandelaanbod (bijvoorbeeld een ander echelon of een behandelaar met een andere specifieke deskundigheid).

Bij de intake legt Mentaal Beter vast wie verantwoordelijk is voor de cliënt en wie als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en aanvang van de behandeling. Dit aanspreekpunt is in deze fase de regiebehandelaar. De zorgaanbieder informeert de cliënt over deze afspraken. Ook bespreken professional en cliënt hoe te handelen, wanneer in deze periode de toestand van cliënt verergert.

Garantie van deskundigheid

- Alle professionals van Mentaal Beter worden geacht op ieder moment binnen de kaders van hun expertise te handelen en zo dat nodig blijkt – in overleg met cliënt - een andere professional in te schakelen. Professionals sturen elkaar daarin ook.
- Mentaal Beter richt op iedere vestiging een piramide van BIG-geregistreerde behandelaren in, bestaande uit een of meer psychiaters, klinisch psychologen, psychotherapeuten en GZ psychologen, die over de vereiste registraties beschikken.
- De bekwaamheid wordt geborgd, beoordeeld en verder ontwikkeld onder leiding van het lokale team, het multidisciplinaire overleg, intervisie en (na)scholing. Mentaal Beter organiseert regelmatig collectieve (na)scholingsactiviteiten en daarnaast is er de ruimte om in nauwe samenspraak op de individuele professional gerichte nascholing vorm te geven.
- Mentaal Beter heeft voor alle GGZ zorg die zij levert zorgpaden ontwikkeld die aansluiten op en de brug vormen tussen multidisciplinaire richtlijnen en behandelprotocollen. Deze zorgpaden worden door individuele professionals, de teams en tijdens multidisciplinair overleg veelvuldig gebruikt.

Fase 3) Diagnostiek

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het (doen) vaststellen van de diagnose, waarbij de cliënt ook daadwerkelijk is (mede)beoordeeld door de regiebehandelaar via direct contact met de cliënt.

Het is mogelijk dat delen van het diagnostische proces door anderen dan de regiebehandelaar worden verricht. Dit wordt in dat geval duidelijk aan cliënt gecommuniceerd, waarbij de regiebehandelaar in een volgend gesprek ook zelf met cliënt zal spreken. 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 regiebehandelaar stelt de diagnose vast en bespreekt deze met cliënt. De cliënt wordt op een voor hem 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 zorgopties, het doel, de kans op succes en de mogelijke risico's en neveneffecten (zoals pijn, hinder of sociale gevolgen) mede aan de hand van eventueel eerdere ervaringen van de patiënt.

In bijna alle gevallen zal de professional die als regiebehandelaar optreedt tijdens de intake en diagnostiek ook die rol vervullen tijdens behandeling. In het geval dat op enig moment toch het regiebehandelaarschap wordt overgedragen, gebeurt dit uitsluitend na overleg met en instemming van de cliënt. Daarbij wordt ook de reden van overdracht en de deskundigheid van de nieuwe regiebehandelaar besproken. De regiebehandelaar op enig moment vormt altijd het primaire aanspreekpunt voor cliënt.

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

Fase 4) Behandeling

Binnen Mentaal Beter stelt de regiebehandelaar in overeenstemming met de professionele standaard samen met de cliënt en eventueel zijn naasten, een behandelplan op. Cliënt heeft een belangrijke stem in het komen tot een door cliënt en behandelaren gedragen behandelplan. In overeenstemming met professionele normen zal een regiebehandelaar uitsluitend een (concept) behandelplan voorstellen, waarbij de aanpak professioneel verantwoord is en de in te zetten behandelaren beschikken over de benodigde expertise.

Het behandelplan bevat in ieder geval:

- de doelen met betrekking tot de zorg voor een bepaalde (te evalueren) periode, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt;
- de wijze waarop de zorgverlener en de cliënt de gestelde doelen trachten te bereiken;
- wie voor de verschillende onderdelen van de zorg verantwoordelijk is, 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 instemming van de cliënt is verkregen op basis van het voorgestelde behandelplan.

In het geval dat sprake is van meervoudige psychische problematiek, zal de regiebehandelaar samen met cliënt bespreken en vaststellen op welke problematiek en daarvan afgeleide doelen de behandeling en/of andere aanpak zich zal richten.

Afhankelijk van de duur van de behandeling wordt een afschrift van het behandelplan als brief naar de huisarts (of andere verwijzer) verstuurd, naargelang de afspraken in zijn geheel of samengevat, ofwel wordt bij afronding van de kortdurende behandeling de huisarts in kennis gesteld van het verloop en resultaat van de behandeling tenzij de cliënt hiertegen bezwaar maakt.

Wanneer er verschillende zorgaanbieders of behandelaren gelijktijdig bij de behandeling van de cliënt betrokken zijn, is samenwerking van belang. Dit vereist instemming van de cliënt. Afspraken hierover worden opgenomen in het behandelplan. De regiebehandelaar die verantwoordelijk is voor een goede afstemming, regisseert en controleert dat ook regelmatig.

Bij verschil van inzicht tussen regiebehandelaar en (mede)behandelaar is het standpunt van de regiebehandelaar leidend. De regiebehandelaar is en blijft immers verantwoordelijk voor de combinatie van zorg die aan een individu gegeven wordt.

Bij verschil van inzicht tussen regiebehandelaar en psychiater of klinisch psycholoog dient de regiebehandelaar dit verschil van inzicht aan de cliënt voor te leggen en deze te betrekken in de besluitvorming over de zorg of aanpassing daarin. Bij groot verschil van inzicht dient dit te worden voorgelegd aan de geneesheer-directeur (psychiater). Desgewenst kan de cliënt voor overleg of advies terug vallen op de geneesheer-directeur.

De regiebehandelaar is hoe dan ook altijd het primaire aanspreekpunt voor cliënt. Een klacht over de behandeling of een behandelaar kan altijd met regiebehandelaar besproken worden en eventueel kan cliënt ook de klachtenfunctionaris van Mentaal Beter benaderen. (klachten- en geschillenreglement www.mentaalbeter.nl)

Het behandelplan blijft gedurende de behandeling ter beschikking van de cliënt; cliënt heeft te allen tijde recht op inzage en kan een kopie krijgen. In het behandelplan of in algemene voorwaarden/afspraken wordt opgenomen op welke manier te handelen bij een crisis en op welke manier voor waarneming tijdens afwezigheid van de regiebehandelaar wordt zorggedragen.

De regiebehandelaar evalueert periodiek en tijdig met de cliënt en eventueel zijn naasten op basis van gelijkwaardigheid de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling. In het behandelplan is opgenomen welke periode hiervoor wordt gehanteerd. Tevens wordt periodiek een zogeheten ROM vragenlijst afgenomen, die de verandering in klachtendruk meet, zichtbaar maakt en door behandelaar met cliënt besproken wordt. Hierbij zijn de uitgangspunten van gepast gebruik van toepassing. Zo nodig wordt de behandelaanpak en het behandelplan bijgesteld. Indien de behandeling wezenlijk wordt bijgesteld leidt dit tot een hernieuwd behandelplan, dat met de cliënt wordt afgestemd en overeengekomen. Op het moment dat medicatie of aanpassing daarvan nodig lijkt, zal een psychiater worden ingeschakeld of vindt afstemming met de huisarts plaats. Mentaal Beter levert periodiek de ROM gegevens aan aan SBG.

De keuze om op- of af te schalen in de zorg is een vast onderdeel van de periodieke behandelevaaluatie. Wanneer blijkt dat er onvoldoende toegevoegde waarde is van de behandeling kan de behandeling worden bijgesteld, overgedragen of beëindigd. Mentaal Beter heeft een aantal zorgpaden en algemene kaders (bijlagen van zorgpaden). Zo is er een algemeen kader (rechtmatigheid, patiëntprofiel) waarin de principes van gepaste zorg zijn uitgewerkt en vertaald in concrete instructies. Daarbij wordt zowel ingegaan op gepaste zorg (effectiviteit, doelmatigheid, veiligheid en cliëntgerichtheid) als gepaste ketenzorg (juiste hulp op de juiste plaats door de juiste professional).

Bij het hanteren van zorgpaden inclusief bijlagen door de individuele professional en het multidisciplinaire team wordt de gepastheid van de op dat moment geleverde zorg regelmatig getoetst. Indien de individuele professional van mening is dat op enig moment de gepastheid niet

meer voldoende aanwezig lijkt, dient deze in nauw overleg met de cliënt de zorg aan te passen, alsmede – indien het gaat om sggz – de aanpassing in het multidisciplinair overleg voor te leggen.

Fase 5) Afsluiting/nazorg

Op het moment dat behandeldoelen behaald zijn of dat duidelijk wordt, dat deze (zelfs na aanpassen van de behandelaanpak) niet behaald kunnen worden, zal de afsluiting van de zorg met cliënt besproken en afgestemd worden. De cliënt heeft daarin net als de regiebehandelaar een belangrijke stem, maar de kaders van de regelgeving zijn wel leidend.

De regiebehandelaar bespreekt met de cliënt en eventueel zijn naasten de resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen door cliënt en/of andere zorgaanbieders. In ieder geval zal met cliënt worden besproken en vastgelegd met welke aanpak of stappen deze zelf kan werken aan duurzaam herstel. Daarbij kan – zo dat passend lijkt – worden ingegaan op wat cliënt (zo nodig samen met anderen) kan doen in functie van behoud van klinisch herstel en/of werken aan psychisch, persoonlijk of maatschappelijk herstel. Daarnaast wordt besproken hoe te handelen indien er sprake is van crisis.

In het geval dat na afsluiting van zorg andere zorgaanbieders moeten worden ingeschakeld, zal een goede overdracht plaatsvinden, waarbij heldere, eenduidige communicatie en continuïteit in de ondersteuning gewaarborgd wordt.

De verwijzer wordt in kennis gesteld middels een afrondingsbrief, waarop het privacyreglement van Mentaal Beter van toepassing is, tenzij de cliënt hiertegen bezwaar maakt. Indien vervolgbehandeling nodig is, wordt hierover gericht advies gegeven aan de verwijzer. De vervolgbehandelaar wordt, indien relevant, in kennis gesteld van het verloop van de behandeling en de behaalde resultaten voorzien van het vervolgadvis, tenzij de cliënt hier bezwaar tegen maakt. Een afschrift van de afrondingsbrief volstaat hierin. Eventueel worden ook de naasten van de cliënt geïnformeerd als de zorg wordt afgesloten.

De regiebehandelaar autoriseert de beëindiging van de dbc conform de NZa-regelgeving.

4.2 Regiebehandelaar

Indien meerdere zorgprofessionals als zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening aan een cliënt is het van belang, dat één van hen het zorgproces coördineert en eerste aanspreekpunt is voor de cliënt en zijn naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger. Dit is de regiebehandelaar. Indien zorg binnen het betreffende echelon door één zorgverlener wordt verleend, is deze per definitie ook de regiebehandelaar.

De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de cliënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt. 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 (NLQF7);
- BIG-registratie;
- relevante werkervaring;

- periodieke deelname aan een vorm van intervisie en intercollegiale toetsing

In geval van interdisciplinaire dan wel multidisciplinaire behandeling geldt het volgende:

- De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling.
- Hij zorgt ervoor dat in samenspraak met de cliënt een behandelplan wordt opgesteld en stelt deze vast; hij draagt er zorg voor dat dit wordt uitgevoerd en – wanneer omstandigheden daartoe aanleiding geven – wordt bijgesteld.
- De regiebehandelaar draagt er zorg voor, dat de verrichtingen of activiteiten van alle zorgverleners die beroepshalve bij de behandeling van de cliënt betrokken zijn – en dus ook zijn eigen verrichtingen of activiteiten – op elkaar zijn afgestemd.

Wanneer meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd bij de behandeling van de cliënt zijn betrokken, spant de regiebehandelaar zich in voor een goede samenwerking en afstemming, met toestemming van de cliënt.

Het is van essentieel belang dat de juiste c.q. aangewezen deskundigheid bij de behandeling wordt betrokken. De cliënt kan in samenspraak met de zorgaanbieder kiezen wie van de bij de behandeling betrokken zorgverleners als regiebehandelaar zal optreden.

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

- een nieuwe fase van de behandeling
- een wijziging in het behandelplan, met als gevolg wijziging van de zorgverlener(s) of van het zwaartepunt in de behandeling
- op verzoek van de patiënt (met redenen omkleed)
- de regiebehandelaar gedurende langere tijd niet, of niet meer beschikbaar is (bijvoorbeeld in geval van ziekte, overplaatsing of ontslag)

Bij wisseling van regiebehandelaarschap is de overdragende regiebehandelaar verantwoordelijk voor een goede overdracht van alle gemaakte afspraken en voor vastlegging in het dossier.

De regiebehandelaar coördineert de afstemming tussen alle betrokken zorgverleners en is verantwoordelijk voor de integraliteit van de behandeling. Het overleg is gericht op overeenstemming door middel van gezamenlijke besluitvorming. Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling heeft de regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem, echter niet eerder dan nadat alle betrokken deskundigen gehoord zijn. Indien een verschil van mening of inzicht niet op deze manier kan worden opgelost voorziet de zorgaanbieder in een escalatieprocedure, waarvan zowel de regiebehandelaar als de overige bij de behandeling betrokken professionals gebruik kunnen maken. De regiebehandelaar draagt niet de verantwoordelijkheid voor de door andere zorgverleners tijdens het behandelingstraject uitgevoerde afzonderlijke verrichtingen en interventies. Daarvoor zijn en blijven die andere zorgverleners zelf ten volle verantwoordelijk.

Overige taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar:

1. De regiebehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de andere betrokken zorgverleners in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn.
2. De regiebehandelaar ziet er op toe, dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Andere betrokken zorgverleners hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering.

3. De regiebehandelaar laat zich informeren door de andere bij de behandeling betrokken zorgverleners, zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de cliënt. De regiebehandelaar toetst of de activiteiten van anderen bijdragen aan de behandeling van de cliënt en passen binnen het door de regiebehandelaar in overleg met de cliënt vastgestelde behandelplan.
4. De regiebehandelaar en de andere betrokken behandelaren treffen elkaar ten behoeve van periodieke evaluatie van het behandelplan in persoonlijk contact en/of in teamverband, zo mogelijk in aanwezigheid van de patiënt/cliënt, met de daartoe noodzakelijke frequentie (ook via teleconferencing), op geleide van de problematiek/vraagstelling van de cliënt.
5. De regiebehandelaar draagt zorg voor goede communicatie met de cliënt en diens naasten (indien van toepassing en toestemming is verkregen) over het beloop van de behandeling.

Tabel 1 *Mogelijke regiebehandelaren in de verschillende echelons*

Mogelijke regiebehandelaren	Basis-GGZ	Gespecialiseerde GGZ **
Psychiater	Nee	Ja
Klinisch Psycholoog	Ja	Ja
Klinisch neuropsycholoog	Ja	Ja*
Verpleegkundig specialist ggz	Ja	Ja*
GZ psycholoog	Ja	Ja*
Psychotherapeut	Ja	Ja*
Specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater	Ja*	Ja*
Verslavingsarts	Ja*	Ja*

- * Deze professionals kunnen regiebehandelaar als het cliënten met problematiek en/of behandelingen betreft die tot hun deskundigheid behoort. Zie Tabel 2 in sectie III.
- ** In de Gespecialiseerde GGZ mogen psychiater en klinisch psycholoog in principe overal regiebehandelaar zijn. Verder moet de specifieke regiebehandelaar altijd passend zijn bij type behandeling en/of doelgroep.

Later in dit document (sectie III) worden de eisen aan de invulling van het regiebehandelaarschap in beide echelons nader uitgewerkt.

4.3 Vormgeven gepast gebruik

Met dit kwaliteitsstatuut geeft de zorgaanbieder aan hoe zij gepast gebruik bevordert. Gepast gebruik gaat over de juiste inzet van hulp bij aanvang van een behandeling (matched care), maar ook over op het juiste moment van op- en afschalen van behandeling tijdens een reeds lopend traject. Zo kan over- en onderbehandeling worden tegengegaan. Kwaliteitsstandaarden vormen hiervoor het uitgangspunt. Om over- en onderbehandeling te voorkomen moet goede, passende diagnostiek en (door)verwijzing eenvoudig beschikbaar zijn in de hele keten. Daarnaast zijn gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt/cliënt, matched care en gepersonaliseerde behandeling nodig.

De zorgaanbieder zorgt daarom, naast de zaken die elders in dit kwaliteitsstatuut genoemd zijn, dat de volgende zaken in zijn organisatie/praktijk geregeld zijn:

- dat zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn, handelen volgens zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen en hun deskundigheden op peil houden;
- er wordt gewerkt op basis van principes van matched care (ipv stepped care);

- de effectiviteit van de behandeling regelmatig gemeten wordt. De frequentie hiervan is stoornis- en patiëntafhankelijk en wordt beschreven in de zorgstandaarden;
- behandelingen worden afgesloten wanneer er onvoldoende gezondheidswinst wordt behaald. Dat kan worden geconstateerd door:
 - Het hanteren van criteria voor beëindiging van de behandeling, indien deze zijn opgenomen in zorgstandaarden
 - Intervisie en peer reviews.

Ten behoeve van benchmarking levert Mentaal Beter (net als andere zorgaanbieders in de curatieve ggz) haar ROM-gegevens aan voor de landelijke benchmark ggz conform vigerende bestuurlijke afspraken.

5. Verantwoording, toetsing en controle van het kwaliteitsstatuut

In voorgaand deel van het kwaliteitsstatuut is een aantal normen vast gelegd, dat in principe (zoals bepaald in het model kwaliteitsstatuut) geldt voor iedere zorgaanbieder. Daarbij kan wel sprake zijn van enige variatie tussen het kwaliteitsstatuut van Mentaal Beter en dat van andere aanbieders, maar niet in de minimale eisen waaraan te voldoen is.

Mentaal Beter is een instelling. Vanuit het model kwaliteitsstatuut is derhalve sectie III van toepassing en wordt sectie II hier buiten beschouwing gelaten.

Door middel van ondertekening van zijn kwaliteitsstatuut verklaart de zorgaanbieder de in dit model opgenomen normen in acht te nemen. Wanneer de zorgaanbieder specifieke aanvullingen wil toevoegen aan zijn kwaliteitsstatuut kan deze dat doen.

Mentaal Beter heeft een cliëntenraad en zal haar kwaliteitsstatuut jaarlijks afstemmen en evalueren met deze raad.

Sectie II

Uit het model kwaliteitsstatuut betreft vrijgevestigde praktijken, en is derhalve niet van toepassing op Mentaal Beter, een instelling.

SECTIE III Ggz-instellingen

1. Inleiding

In dit deel van het model kwaliteitsstatuut 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 modelstatuut is genoemd.

2. Invulling regiebehandelaarschap

Binnen ggz-instellingen wordt zorg verleend in de generalistische basis-ggz en in de gespecialiseerde ggz. In deze paragraaf is beschreven hoe het regiebehandelaarschap in beide echelons, voor instellingen die ggz aanbieden, moet worden ingevuld.

2.1 De generalistische basis-ggz

Voor ggz-instellingen geldt de volgende mogelijke inzet van regiebehandelaren in de generalistische basis-ggz:

- GZ psycholoog
- Klinisch Psycholoog /Klinisch neuropsycholoog
- Psychotherapeut
- verpleegkundig specialist ggz
- Indien dementie de hoofddiagnose is: de specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater
- Indien de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek betreft: de verslavingsarts

Binnen de generalistische basis-ggz is altijd een psychiater of klinisch psycholoog beschikbaar voor advies of consultatie.

2.2. De gespecialiseerde ggz

De oorzaken van psychische stoornissen kunnen sterk van elkaar verschillen. In het algemeen zijn daarbij biologische, psychologische en sociale factoren te onderscheiden of een combinatie ervan. Hoe ernstiger de psychische problematiek hoe meer van deze factoren een rol kunnen spelen. De aard van deze factoren is van belang bij de vormgeving van de behandeling: de zorgbehoefte van de patiënt is bepalend voor de inzet van de juiste expertises.

Naast deze factoren kan het spoedeisende karakter en de eventuele dreiging die daaruit voortvloeit voor de cliënt of derden bepalend zijn voor de inhoud van de behandeling (crisis of niet en opname of niet) en voor de keuze voor de regiebehandelaar. Bij het bepalen van een regiebehandelaar voor een cliënt zijn deze factoren en de aard van het spoedeisende karakter meebepalend.

Mentaal Beter levert uitsluitend ambulante GGZ zorg in zowel gbggz als sggz voor de meest voorkomende psychische stoornissen, voor zover cliënten geen 24-uurs toegang tot zorg of opname in een instelling behoeven. Mentaal Beter biedt zelf geen zorg aan cliënten in crisis, in een psychose, met forse verslavingsproblematiek, of met een bipolaire stoornis of schizofrenie, of waarbij electroconvulsieve therapie of opname in een instelling zijn aangewezen.

Mentaal Beter biedt binnen de sggz behandeling voor de meest voorkomende psychische stoornissen (met name stemmings-, angst-, somatisch-symptoom stoornissen, ADHD, ASS, trauma-gerelateerde stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en op specifieke locaties eetstoornissen), waarbij – in nauw overleg met cliënt – kan worden gekozen uit een aantal (gemiddeld genomen) effectieve behandelvormen.

Bij ggz-instellingen worden behandelingen binnen de gespecialiseerde ggz gegeven vanuit multidisciplinaire teams. Er is altijd een psychiater of klinisch psycholoog lid van een multidisciplinair team.

Verder gelden bij het bepalen van de regiebehandelaar in de gespecialiseerde ggz de volgende uitgangspunten:

- Bij de intake legt de zorginstelling vast wie verantwoordelijk is voor de cliënt en wie als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en aanvang van de behandeling. Dit is in deze fase de regiebehandelaar. Als blijkt dat behandeling in de gespecialiseerde ggz niet is aangewezen, dan wordt de cliënt doorverwezen naar de generalistische basis-ggz of terugverwezen naar de verwijzer.
- Voor alle categorieën cliënten in de gespecialiseerde ggz geldt, dat daarvoor de psychiater en de klinisch psycholoog altijd als regiebehandelaar kunnen fungeren.
- Voor een aantal cliënten/behandeltrajecten in de gespecialiseerde ggz kan de inzet van een ander type regiebehandelaar worden overwogen.
- De behandelaars die naast de psychiater en klinisch psycholoog ook regiebehandelaar kunnen zijn, zijn: de verslavingsarts, de specialist ouderengeneeskunde, de klinisch geriater, de psychotherapeut, de klinisch neuropsycholoog, de verpleegkundig specialist ggz en de GZ-psycholoog. De ggz-aanbieder maakt hierin eigen keuzes, mede afhankelijk van de aanwezigheid van zorgverleners binnen de organisatie of binnen het netwerk.
- De uiteindelijke keuze voor een regiebehandelaar wordt gemaakt in overleg met de cliënt of diens vertegenwoordiger en vastgelegd in het behandelplan en de behandelovereenkomst.

Specifieke taken van de regiebehandelaar binnen de gespecialiseerde ggz zijn:

- De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het intakeproces, draagt zorg voor het (doen) stellen van de diagnose en stelt samen met de cliënt een (voorlopig) behandelvoorstel op. De regiebehandelaar heeft hiervoor direct contact (ook beeldbellen) met de cliënt.
- Blijkt tijdens de intake alsnog dat behandeling in de gespecialiseerde ggz niet is aangewezen, dan draagt de regiebehandelaar er zorg voor dat de cliënt wordt doorverwezen naar de generalistische basis-ggz of wordt terugverwezen naar de huisarts.
- Als delen van het intake-/diagnostische proces door anderen dan de regiebehandelaar worden verricht, moet de regiebehandelaar via direct contact (ook beeldbellen) met de cliënt bij de beoordeling betrokken zijn.
- Indien de regiebehandelaar een ander is dan een psychiater of klinisch psycholoog, draagt de regiebehandelaar er zorg voor, dat de intakegegevens en het (voorlopige) behandelvoorstel worden besproken in het multidisciplinair team.
- De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat besluitvorming op cruciale momenten in de behandeling plaatsvindt en in het multidisciplinair team wordt afgestemd en getoetst. Dit is altijd, maar niet limitatief: wijziging behandelplan, ontslag, (dreigende) crisis. De regiebehandelaar ziet er tevens op toe, dat de cliënt hierbij betrokken is en dat de beslissing met betrekking tot het beleid wordt vastgelegd.

In de gespecialiseerde ggz is in beginsel sprake van de volgende combinatie tussen de verschillende behandelsettings en type zorgverleners die als regiebehandelaar kunnen fungeren.

Tabel 2 **Setting per verschillend gekwalificeerde regiebehandelaar**

Regiebehandelaar	Beschrijving van de setting waarin de professional als regiebehandelaar kan optreden in de gespecialiseerde ggz
Psychiater of Klinisch psycholoog	<ul style="list-style-type: none"> • Binnen de gespecialiseerde ggz is altijd een psychiater en/of klinisch psycholoog beschikbaar voor cliënten en/of andere zorgverleners, zo nodig ter plaatse. • In alle settingen in de s-ggz kan de psychiater of klinisch psycholoog als regiebehandelaar optreden. <p>De psychiater wordt ongeacht de specifieke behandelsetting tenminste geconsulteerd en bij evaluaties betrokken:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. wanneer er gevaar dreigt voor anderen of voor de cliënt (waaronder suïcidegevaar); (mag ook klinisch psycholoog zijn) b. wanneer ECT overwogen/ingesteld wordt c. indien medisch coördinerende zorg nodig is bij verdenking op somatische problematiek d. indien er sprake is van een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding e. wanneer er sprake is van een non-respons op de behandeling (conform richtlijn/zorgstandaard)(mag ook klinisch psycholoog of verpleegkundig specialist GGZ zijn) <p>Wanneer er sprake is van een behandeltraject in het kader van BOPZ/Wvggz is de psychiater altijd persoonlijk betrokken bij behandelbeoordelingen en bij momenten waarop nieuwe vormen van dwang (behandeling) worden overwogen en/of wanneer dwang geïntensiveerd of afgeschaald kan worden. Bij een verschil van inzicht tussen de betrokken psychiater en de regiebehandelaar (wanneer deze niet de psychiater is) wordt opgeschaald naar de geneesheer-directeur.</p>
Verpleegkundig specialist ggz	<ul style="list-style-type: none"> • Bij cliënten waar de primaire focus van de behandeling niet (meer) gericht is op biologische en psychologische factoren, maar meer op de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft in het (inter-) persoonlijk functioneren. Het gaat om cliënten met een langer bestaande stoornis, of cliënten met een hoog complexe rehabilitatievraag. Alsook laagcomplexen, protocollair behandelbare medische zorg die niet past binnen de generalistische basis ggz.
Psychotherapeut	<ul style="list-style-type: none"> • Bij vormen van psychotherapie binnen verschillende therapeutische referentiekaders.
Gz-psycholoog	<ul style="list-style-type: none"> • Bij cliënten waar de primaire focus van de behandeling niet gericht is op biologische factoren of de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft, maar meer op de psychologische factoren. Het gaat om cliënten met een stoornis die behandeld kunnen worden met grotendeels psychologische behandelmethoden waarbij geen sprake is van een spoedeisend karakter of de noodzaak tot opname.
Klinisch neuropsycholoog	<ul style="list-style-type: none"> • Bij zorgvragen met specifieke neuro-psychologische componenten.
Specialist Ouderengeneeskunde of Klinisch geriater	<ul style="list-style-type: none"> • Voor cliënten van (biologisch) oudere leeftijd waarbij multimorbiditeit (van zowel psychiatrische als somatische aard) een grote rol speelt in de klachtenpresentatie.

3. De behandelaar in de gespecialiseerde ggz

Met de behandelaar wordt in dit kwaliteitsstatuut bedoeld de professional, die uitvoering geeft aan (een deel van) de behandeling en die niet de rol van regiebehandelaar heeft.

De behandelaar in de gespecialiseerde ggz die geboden wordt door ggz-instellingen handelt in overeenstemming met de voor hem geldende professionele (wetenschappelijke) standaard. Hij voert zijn aandeel in de behandeling uit zoals vooraf vastgelegd in het individuele behandelplan, het zorgprogramma en/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.

Specifieke taken en verantwoordelijkheden van de behandelaar in de gespecialiseerde ggz:

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

Wanneer er sprake is van een verschil van mening of inzicht met de regiebehandelaar over de te volgen behandeling van een patiënt/cliënt, kan de behandelaar een beroep doen op de door de zorgaanbieder opgestelde escalatieprocedure. Wanneer dit verschil van inzicht verplichte zorg betreft wordt opgeschaald naar de geneesheer-directeur.

4. Organisatie van de zorg

De ggz-instelling is verantwoordelijk voor de organisatie van de zorgverlening en de monitoring daarvan op zodanige wijze, dat er sprake is van een veilige zorgomgeving; zowel in de basisggz als in de gespecialiseerde ggz.

Inzake de totale organisatie van de zorg beschrijft de ggz-instelling in zijn Kwaliteitsstatuut ggz:

- hoe hij mogelijk maakt en er op toeziet, dat zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn, handelen volgens zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen en hun deskundigheden op peil houden; *Hoofdstuk 4, fase 2*
- de procedure die hij hanteert voor het op- en afschalen van de zorgverlening naar een volgend respectievelijk voorliggend echelon; *Hoofdstuk 4, fase 4*
- met welke andere zorgaanbieders hij reguliere samenwerkingsafspraken heeft en met welk doel; *Inleiding*
- hoe het overleg en de informatie-uitwisseling en -overdracht tussen regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren is geregeld (o.a. frequentie, wijze van verslaglegging); *Hoofdstuk 4, fase 2,3,4,5*
- welke regeling van toepassing is indien bij een zorgproces betrokken zorgverleners het onderling oneens zijn (escalatieprocedure); *Hoofdstuk 4, fase 4*
- hoe bewaakt wordt dat zorgverleners voldoen aan hun wettelijke dossierplicht; *inleiding*

- hoe het dossiersysteem zodanig is ingericht, dat de relevante gegevens toegankelijk zijn voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorgverlening aan de patiënt/cliënt; *Hoofdstuk 4, fase 1*
- hoe hij wachttijden monitort en wachttijdinformatie voor patiënten en anderen toegankelijk maakt; *Hoofdstuk 4, fase 1*
- dat hij ROM-gegevens aanlevert aan SBG die op geaggregeerd niveau beschikbaar zijn ten behoeve van benchmarking. *Hoofdstuk 4, fase 4*

Inzake het zorgproces van individuele cliënten beschrijft de ggz-instelling in zijn kwaliteitsstatuut ggz:

- hoe de overdracht van zorg en/of behandeling aan andere partijen wordt overgedragen; *Hoofdstuk 4, fase 5*
- welke informatie over patiënten naar de verwijzer en andere zorgverleners gaat, rekening houdend met wet- en regelgeving over privacy en medisch beroepsgeheim; *Hoofdstuk 4, fase 5*
- hoe patiënten/cliënten en/of hun naasten kunnen handelen als er na afsluiting van de behandeling sprake is van crisis of terugval. *Hoofdstuk 4, fase 5*

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 en/of ander keurmerk);
- een kopie van de overeenkomst met SBG voor aanlevering van ROM-gegevens;
- zijn algemene leveringsvoorwaarden;
- het binnen de instelling geldende professioneel statuut, waar de genoemde escalatie-procedure in is opgenomen. Alle professionals worden geacht te handelen naar de gedragscodes en richtlijnen vastgesteld door het NIP. Zie verder op de website van Mentaal Beter. (www.mentaalbeter.nl)

Tabel 3 Processchema

Stap	Verantwoordelijke	Activiteiten	Randvoorwaarden
1 Voortraject bij verwijzer (fase 1)	Verwijzer	<ul style="list-style-type: none"> cliënt went zich tot de basis- of gespecialiseerde GGZ op basis van vigerende wet en regelgeving op grond van een verwijzing 	<ul style="list-style-type: none"> het is de verantwoordelijkheid van de verwijzer dat de verwijzing voldoet aan de normen
2 Informeren cliënt	Mentaal Beter	<ul style="list-style-type: none"> Vermeldt wachttijden op de website voor intake en behandeling. 	<ul style="list-style-type: none"> Wachttijden moeten up-to-date zijn volgens de beleidsregel van de NZa
3 Aanmelden	Cliënt	<ul style="list-style-type: none"> De cliënt meldt zich aan bij het planbureau van Mentaal Beter Informeert de cliënt indien de wachttijden niet worden gehaald. Nadat de verwijzing is ontvangen wordt een intake gesprek ingepland. 	<ul style="list-style-type: none"> Client heeft een verwijsbrief die voldoet aan de normen Indien deze niet juist is, wordt door Mentaal Beter opnieuw een verwijsbrief opgevraagd.
4 Versturen aanmeldpakket	Planbureau	<ul style="list-style-type: none"> Het plan bureau verstuurt het aanmeldpakket (behandelovereenkomst, toestemmingsformulier, algemene voorwaarden, folder) 	
5 Klaarzetten vragenlijst	Planbureau	<ul style="list-style-type: none"> Zet de vragenlijst voor de cliënt klaar in EMHP (cliëntvolgsysteem) Geeft de inlogcodes door aan cliënt 	
6 Tekenen behandelovereenkomst	client	<ul style="list-style-type: none"> Stelt zich op de hoogte van algemene voorwaarden en de behandelovereenkomst en tekent daarna de behandelovereenkomst. Neemt de getekende overeenkomst mee naar het intakegesprek 	
7 Invullen vragenlijst	Cliënt	<ul style="list-style-type: none"> Vult de vragenlijst in voordat de intake heeft plaats gevonden 	
8 Intake (fase 2)	RB	<ul style="list-style-type: none"> Stel de regiebehandelaar vast en neem dit op in Behandelovereenkomst. De keuze hiervoor wordt gemaakt in overleg met de cliënt of diens verantwoordelijke. Zoekt uit of Mentaal Beter een aanbod heeft, dat aansluit bij de zorgvraag 	<ul style="list-style-type: none"> De intake is een kennismaking tussen cliënt en een behandelaar van Mentaal Beter RB is verantwoordelijk voor deze fase

Stap	Verantwoordelijke	Activiteiten	Randvoorwaarden
		<ul style="list-style-type: none"> • Verwijst terug naar verwijzer Indien dit niet lukt • Maakt afspraken hoe te handelen indien de situatie verslechtert • Legt eigen verantwoordelijkheid voor deze fase vast in het dossier 	
9 MDO		<ul style="list-style-type: none"> • Regelmatig vindt een multidisciplinair teamoverleg plaats, dat altijd geleid wordt door een psychiater of klinisch psycholoog. Alle sggz cliënten in zorg worden door de regiebehandelaar ingebracht voor bespreking, waarbij moment en frequentie – in aanvulling op de eisen vanuit formele regelgeving – worden afgestemd op de individuele behoefte en voortgang van de zorg. Bespreekt ook cruciale momenten: ontslag, dreigende crisis, wijziging behandelplan 	<ul style="list-style-type: none"> • Aanwezigheid van een psychiater of klinisch psycholoog. • Aan zulk multidisciplinair overleg nemen ook psychotherapeuten, GZ en basispsychologen deel. • De regiebehandelaar en/of overige behandelaren leggen de uitkomst van het overleg vast in het dossier van de cliënt.
10 Diagnostiek (fase 3)	RB	<ul style="list-style-type: none"> • Stelt diagnose (direct contact tussen cliënt en regiebehandelaar) • Legt diagnose op een begrijpelijke manier uit aan cliënt • Geeft cliënt heldere omschrijving van de zorgopties, doel, kans op succes en risico's 	<ul style="list-style-type: none"> • Cliënt mag altijd een andere zorgverlener consulteren • Anderen mogen ook delen van de diagnostiek doen • Indien de cliënt niet direct in behandeling kan worden genomen, blijft de regiebehandelaar voor de diagnostiek fase verantwoordelijk
11 Behandeling (fase 4)	RB	<ul style="list-style-type: none"> • Stelt samen met cliënt het behandelplan op (doel, handelswijze, verantwoordelijke vaststellen, wijze van afstemming) • De Regie behandelaar is het primaire aanspreekpunt voor de client 	<ul style="list-style-type: none"> • de doelen met betrekking tot de zorg voor een bepaalde (te evalueren) periode gesteld, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt; • de wijze waarop de zorgverlener en de cliënt de gestelde doelen trachten te bereiken; • wie voor de verschillende onderdelen van de zorg verantwoordelijk is en op welke wijze afstemming plaatsvindt tussen meerdere zorgverleners, en wie de

Stap	Verantwoordelijke	Activiteiten	Randvoorwaarden
			cliënt op die afstemming kan aanspreken (de regiebehandelaar). De regiebehandelaar stelt het behandelplan vast, nadat instemming is van de cliënt is verkregen op basis van het voorgestelde behandelplan.
12 Afsluiting (fase 5)	RB	<ul style="list-style-type: none"> • Bespreekt met cliënt en eventuele naasten de resultaten en vervolgstappen • Stuurt afsluitende brief naar HA tenzij cliënt dit niet wil. • Geeft indien nodig gericht advies aan verwijzer • Informeert indien nodig de vervolgbehandelaar tenzij cliënt bezwaar maakt • Sluit het dossier • In ieder geval zal met cliënt worden besproken en vast gelegd met welke aanpak of stappen deze zelf kan werken aan duurzaam herstel. Daarbij kan – zo dat passend lijkt – worden ingegaan op wat cliënt (zo nodig samen met anderen) kan doen in functie van behoud van klinisch herstel en/of werken aan psychisch, persoonlijk of maatschappelijk herstel. Daarnaast wordt besproken hoe te handelen indien er sprake is van crisis. 	<ul style="list-style-type: none"> • De NIP code Beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden is hier van toepassing