

Kwaliteitsstatuut GGMD – instelling

I. Algemene informatie

1. Gegevens GGZ-aanbieder

- Stichting GGMD voor doven en slechthorenden
- Buchnerweg 3, 2803 GR, Gouda
- 0182-670235
- contact@ggmd.nl,
- www.ggmd.nl
- KvK nummer: 41167550
- AGB code: 22220361

2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt:

- Lisette de Jong, contractmanager zorg
- l.de.jong@ggmd.nl
- 0182-670235

3. Onze locaties vindt u hier:

<http://www.ggmd.nl/contact/locaties-en-aanbod/?filter=all>

4. Beschrijving zorgaanbod en professioneel netwerk:

Gespecialiseerde GGZ voor doven en ernstig slechthorenden

GGMD staat voor Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening. Onze missie is 'het helpen van mensen die doof zijn of een hoorprobleem hebben om zo gezond en zelfstandig mogelijk te leven, zodat zij volwaardig en actief kunnen deelnemen aan de samenleving'. GGMD wil onder andere goede GGZ zorg bieden aan deze specifieke doelgroepen.

Goede communicatie essentieel voor goede diagnose

Doofheid en slechthorendheid kunnen grote gevolgen hebben op de taalontwikkeling en daarbij op de algehele ontwikkeling, sociale vaardigheden, de identiteit, de persoonlijkheid en coping van een individu. Daarnaast kunnen doofheid en slechthorendheid de communicatie tussen de cliënt en de hulpverlener compliceren en daarmee de behandelrelatie, de diagnostiek en de behandeling in negatieve zin beïnvloeden. Een goede behandelrelatie is essentieel voor de kwaliteit van de behandeling en voor de behandeluitkomst. Een cliënt wil zich gehoord en begrepen voelen. Goede communicatie is hierbij essentieel. Bij vroegdove (doof voor de taalontwikkeling) mensen is gebarentaal vaak de primaire taal. Kennis van gebarentaal en/of kennis van het werken met tolken gebarentaal is daarom een belangrijke factor in het werken met vroegdove cliënten. Daarnaast is het zowel voor de diagnostiek als de behandeling belangrijk dat de hulpverlener of behandelaar kennis heeft van de betekenis en gevolgen van het opgroeien met doofheid of slechthorendheid in een bepaald systeem (al dan niet met andere doven of slechthorenden) en in een bepaalde context.

GGMD onderscheidt zich van andere GGZ-instellingen doordat wij beter in staat zijn om met dove en slechthorende cliënten te communiceren, bijvoorbeeld door kennis en gebruik van auditieve hulpmiddelen, door het gebruik van de Nederlandse Gebarentaal, door ervaring in het

samenwerken met tolken gebarentaal en door het inzetten van gespecialiseerde tolken gebarentaal. Een standaard communicatiecheck waarin systematisch vele aspecten van de doof- en slechthorendheid en de communicatie van de cliënt in kaart worden gebracht, met een bindend advies aan de hulpverleners ten aanzien van het gebruik van tolken en hulpmiddelen, is standaard onderdeel van het primaire proces. Ook is een communicatiespecialist onderdeel van het intakeoverleg en de multidisciplinaire overleggen. Verder hebben onze professionals kennis van doofheid en slechthorendheid en de gevolgen hiervan voor de taalontwikkeling, de algemene ontwikkeling, het opgroeien in een bepaalde context, de persoonlijkheidsontwikkeling en de gevolgen van dit alles voor de interpretatie van iemands klachten en symptomen. Daarnaast is er sprake van ervaringsdeskundigheid; ongeveer 20% van onze medewerkers heeft zelf een auditieve beperking. Wij zijn ervan overtuigd dat deze kennis en ervaring een essentiële bijdrage leveren aan de kwaliteit van de GGZ-diagnostiek en behandeling.

Multidisciplinaire en integratieve diagnostiek

Onze visie op hoogwaardige GGZ zorg bij GGMD is het bieden van hulp- en dienstverlening die gericht is op klachtenvermindering, beter functioneren en/of persoonlijk herstel van de cliënt. De diagnostiek en behandelinterventies zijn zoveel mogelijk state of the art, evidence based en conform landelijke (multidisciplinaire) richtlijnen. De hulpvraag van de cliënt staat centraal binnen de indicatiestelling, waarbij zorgvuldige diagnostiek door een bevoegde en bekwame behandelaar leidt tot een stepped care hulp- en dienstverleningsplan. Hierbij wordt er, naast de GGZ-problematiek, verder gekeken naar wat wenselijk, nodig en mogelijk is ten aanzien van de gehoorproblematiek voor zowel cliënt als het systeem waarin de cliënt leeft en werkt. Er is daarbij expliciete aandacht voor de impact van de problematiek op, en het verbeteren van, de maatschappelijke participatie van de cliënt. Binnen GGMD maken we gebruik van multidisciplinaire en integratieve diagnostiek, die verder gaat dan het bio-psycho sociale model, zoals in de reguliere psychiatrie. Naast aandacht voor biologische, psychische en sociale factoren zijn het communicatieprofiel en het ontwikkelingsperspectief volgens ons essentieel in de diagnostiek en de behandeling van psychiatrische stoornissen bij dove mensen.

Overige en/of aanvullende hulp- en dienstverlening:

Naast GGZ zorg voor doven en ernstig slechthorenden biedt GGMD ook andere zorg en dienstverlening aan doven, slechthorenden en mensen die op een andere manier last hebben van hun gehoor of een gehoorstoornis.

- Er is een zorgprogramma voor somatoforme stoornissen exclusief met betrekking tot gehoorandoeningen, bijvoorbeeld met betrekking tot tinnitus.

- Er is een zorgprogramma (Revaliderend Zorgprogramma) voor vroegdove mensen met ernstige communicatieproblemen en/of achterstand in hun algemene ontwikkeling waardoor zij onvoldoende zelfstandig kunnen participeren in de samenleving en afhankelijk zijn van hun netwerk of hulpverlening.

- Daarnaast biedt GGMD o.a. advies op het gebied van hulpmiddelen, maatschappelijk werk, loopbaanbegeleiding, woonbegeleiding, opvoedondersteuning, communicatietrainingen en vaardigheidstrainingen aan vroeg-, plots- en laatdoven, doofblinden, slechthorenden en mensen met andere gehoorstoornissen.

Voor een volledig overzicht wordt verwezen naar de website (www.ggmd.nl).

Professioneel netwerk

Wij beseffen dat wij niet alle kennis en expertise hebben zoals die er is binnen de grote reguliere GGZ-instellingen. Daar waar onze kennis en expertise tekort schiet en/of waar we beperkt zijn in het bieden van passende zorg zullen wij moeten samenwerken met andere instellingen en/of cliënten overdragen aan een andere instelling. Wij streven ernaar zo goed mogelijk samen te werken, met korte lijnen, met onze ketenpartners. Zo is onze doelgroep te klein om in alle regio's fulltime een psychiater op de locatie beschikbaar te hebben voor eventuele crisisinterventies.

Daarom streven we naar samenwerkingsafspraken in alle regio's met lokale GGZ-instellingen op het gebied van crisisinterventies en samenwerking met de lokale crisisdienst. Andere voorbeelden van samenwerking zijn;

- De overeenkomst met Rivierduinen om gebruik te maken van hun zorgprogramma's.
- Pro Persona, de Riethorst te Ede, voor klinische opnames van dove cliënten.
- Centrum Kristal, van Rivierduinen te Leiden, experticeentrum voor GGZ en verstandelijke beperking met name op gebied van second opinions en scholing van onze hulpverleners op het gebied van psychiatrie en verstandelijke beperking.

5. GGMD heeft aanbod in:

De generalistische basis-GGZ en de gespecialiseerde GGZ

6. Behandelsettings generalistische basis-GGZ:

Cliënten/cliënten kunnen met de volgende problematiek bij GGMD terecht:

- o Ambulante zorg binnen de GBGGZ
De klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, GZ-psycholoog en verpleegkundig specialist kunnen binnen de GBGGZ optreden als regiebehandelaar. Momenteel hebben wij alleen GZ-psychologen die als regiebehandelaar optreden binnen de GBGGZ.

Aanbod GBGGZ alleen voor een subgroep cliënten

Doofheid en ernstige slechthorendheid interfereren in hoge mate met de behandeling van de GGZ-diagnose en dit leidt tot de score 'complex' in het landelijke verwijzingsmodel. Bij de behandeling van deze doelgroep is er sprake van in principe altijd sprake van behandeling onder de SGGZ. Alleen voor een subgroep cliënten heeft GGMD een aanbod onder de GBGGZ; mensen met grote lijdensdruk en/of disfunctioneren bij een gehoorstoornis, bijvoorbeeld tinnitus (oorsuizen) of hyperacusis (het als hinderlijk, irritant of zelfs pijnlijk ervaren van bepaald geluid). Het betreft hier meestal de behandeling van een ongedifferentieerde somatoforme stoornis, zoals geclassificeerd binnen de DSM-4 of de somatische symptoomstoornis, zoals beschreven binnen de DSM-5. Bij deze subgroep is er veelal geen sprake van ernstig gehoorverlies, waardoor behandeling in de GBGGZ mogelijk is.

7. Behandelsettings gespecialiseerde GGZ:

Cliënten/cliënten kunnen met de volgende problematiek bij GGMD terecht:

- o Ambulante zorg binnen de Specialistische GGZ (SGGZ):
De psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog en de verpleegkundig specialist kunnen binnen de SGGZ optreden als regiebehandelaar. Momenteel hebben wij alleen psychiaters en GZ-psychologen die als regiebehandelaar optreden binnen de SGGZ.

GGMD biedt in principe behandeling voor alle veel voorkomende GGZ-stoornissen voor de doelgroep doven en slechthorenden. Wij bieden behandelingen conform de landelijke GGZ-richtlijnen. Wanneer onze behandelaren in een GGZ-team niet bekwaam zijn in een bepaalde behandeling van een bepaalde stoornis die volgens de landelijke richtlijn en ons

eigen zorgprogramma is geïndiceerd, zullen wij samen met cliënt en met een lokale reguliere ('horende') GGZ-instelling, waar de behandeling wel geboden kan worden, afspreken hoe de behandeling wordt vormgegeven en wie wat doet. Soms kunnen onze behandelaren de behandelaren van de reguliere GGZ-instelling coachen/superviseren ten aanzien van de gehooraspecten, de communicatie en/of het werken met tolken. Soms kunnen behandelaren van de reguliere GGZ-instelling onze behandelaren juist coachen/superviseren. Zoals eerder beschreven werken wij samen met de crisisdiensten van 'horende' GGZ-instellingen en met de klinische voorzieningen van andere aanbieders, indien een opname noodzakelijk is. Wij hebben geen eigen klinieken voor een klinische behandeling.

- Verslavingszorg
GGMD biedt gespecialiseerde GGZ zorg voor vroeg-, plots- en laatdoven, doofblinden, slechthorenden en mensen met andere gehoorstoornissen. Wij bieden geen algemene verslavingszorg, maar wij behandelen dove of zeer slechthorende cliënten die vanwege de gehoorstoornis niet goed in de verslavingszorg behandeld kunnen worden. In dat geval treedt de psychiater of de GZ-psycholoog op als regiebehandelaar. Wij bieden alleen verslavingszorg wanneer onze behandelaren bevoegd en bekwaam zijn. Dit kan per locatie verschillen. Wanneer er binnen een behandelteam geen bekwame behandelaar beschikbaar is, zal samen met cliënt en met de lokale verslavingszorg worden afgesproken hoe de behandeling wordt vormgegeven en wie wat doet. Soms kunnen onze behandelaren de behandelaren van de verslavingszorg coachen/superviseren ten aanzien van de gehooraspecten, de communicatie en/of het werken met tolken. Soms kunnen behandelaren van de verslavingszorg onze behandelaren coachen/superviseren.
- GGZ voor ouderen
Wij bieden alleen GGZ voor ouderen wanneer er sprake is van een comorbide gehoorstoornis, waardoor een cliënt niet in de reguliere GGZ voor ouderen niet behandeld kan worden. Dit betreft met name vroegdove ouderen die voor hun communicatie afhankelijk zijn van gebarentaal. In dat geval treedt de psychiater of de GZ-psycholoog op als regiebehandelaar.

8. Structurele samenwerkingspartners

1) Landelijke Stuurgroep GGZ Doof-Slechthorend (GGZDS)

In de Landelijke Stuurgroep GGZ Doof-Slechthorend (GGZDS) zijn alle professionele organisaties werkend in de GGZ voor Doven en Slechthorenden vertegenwoordigd; Lentis, Pro Persona, Doof&Co en GGMD. De Stuurgroep GGZDS monitort de ontwikkelingen op het gebied van de gespecialiseerde GGZ voor doven en slechthorenden en zet in op het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het objectiveren hiervan.

Lentis

Herenweg 80
9725 AG Groningen
www.lentis.nl

Pro Persona, De Riethorst

Willy Brandtlaan 20
6716 RR Ede
www.propersona.nl

Doof&Co
Derde Kostverlorenkade 20
1054 TP
Amsterdam
www.doofenco.nl

2) Lentis

In Noord en Oost Nederland is het eigen GGZ-aanbod van GGMD klein. Hier werken we samen met het GGZ-team voor doven en slechthorenden van Lentis.

Lentis
Herenweg 80
9725 AG Groningen
www.lentis.nl

3) Pro Persona, De Riethorst.

In Oost Nederland werkt GGMD samen met de Riethorst; het GGZ-centrum van Pro Persona. GGZ-cliënten van GGMD kunnen indien nodig voor klinische behandeling worden opgenomen in de Riethorst.

Pro Persona, De Riethorst
Willy Brandtlaan 20
6716 RR Ede
www.propersona.nl

4) Rivierduinen

In Zuid-Holland werkt GGMD samen met Rivierduinen; GGZ-cliënten van GGMD kunnen, indien nodig, voor behandeling worden opgenomen in een kliniek van Rivierduinen, met ondersteuning in de communicatie vanuit GGMD. Ook is er samenwerking op het gebied van zorgprogrammering.

Rivierduinen
Postbus 405
2300 AK Leiden
www.rivierduinen.nl

Er zijn ook een aantal regionale/lokale samenwerkingsverbanden met woonvormen voor dove en zeer slechthorende cliënten. Onze behandelaren werken intensief samen met de woonbegeleiders van deze woonvormen of ambulante woonbegeleiders. Soms is dit in de vorm van onderaannemerschap bij ambulante cliënten. De doelen van de woonbegeleiding maken dan deel uit van ons (integrale) hulp- en dienstverleningsplan. Wanneer een cliënt woont in een beschermde woonvorm is 'de samenwerking' met de woonbegeleiding van de woonvorm ook een onderdeel van het hulp- en dienstverleningsplan. Er wordt met de cliënt en/of diens wettelijke vertegenwoordiger afgesproken welke zaken wel en niet met de woonbegeleiding worden besproken. Dit wordt vastgelegd in het hulp- en dienstverleningsplan.

5) RIBW Fonteynenburg

RIBW Fonteynenburg ondersteunt en begeleidt mensen met een psychiatrische aandoening en

daarbij mogelijk ernstige psychosociale problemen bij het leiden van een gewoon leven. Als cliënten uitbehandeld zijn bij GGMD kunnen zij mogelijk doorstromen naar het Beschermd Wonen bij Fonteyenburg.

Fonteyenburg
Papyruspad 1
2283 HG Rijswijk
www.fonteyenburg.nl

6) Bavo-Europoort, Mezenhof

Er is samenwerking met de beschermde woonvorm de Mezenhof voor doven en slechthorenden van Bavo-Europoort.

Bavo-Europoort
Mezenhof 1
3082 ZE Rotterdam
www.bavo-europoort.nl

7) Philadelphia, beschermde woonvormen.

Er is samenwerking met de beschermde woonvormen Het Hofje van Castellum te Den Haag, De Hagehorst te Den Haag, en De Lienhorst te Leidschendam.

Philadelphia
Wijersstraat 1
3811 MZ Amersfoort
www.phialdelphia.nl

8) Kentalis, De Brughuizen

Er is samenwerking met woonvorm De Brughuizen in Zoetermeer.

Kentalis, De Brughuizen
Puttershoekstraat 182-184
2729 HV Zoetermeer
<https://www.kentalis.nl/Over-Kentalis/Locaties/Kentalis,-De-Brughuizen,-Zoetermeer/>

9) Ipse de Brugge, Centrum Campus Oosterheem

Er is samenwerking met beschermde woonvorm Centrum Campus Oosterheem te Zoetermeer.

Ipsede Brugge, Centrum Campus Oosterheem
Oosterheemplein 135 – 153
2721 NB Zoetermeer
<https://www.ipsedebruggen.nl/zorglocatie/328/centrum-campus-oosterheem>

10) Reinier van Arkel

Er is samenwerking op het gebied van beschermd wonen.

Reinier van Arkel

Bethaniestraat 2
5211 LJ 's-Hertogenbosch
www.herlaarhof.nl

II. Organisatie van de zorg

9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

GGMD ziet er als volgt op toe dat:

- *zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn:*

GGMD beschikt over een actuele registratie waaruit blijkt dat medewerkers over de juiste kwalificaties beschikken (een academische opleiding of daarmee vergelijkbaar niveau, BIG-registratie, relevante werkervaring en periodieke deelname aan een vorm van intervisie en intercollegiale toetsing) voor het kunnen uitvoeren van hun functie. Ook vraagt GGMD nieuwe medewerkers om een Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG), waaruit blijkt dat het gedrag van medewerkers in het verleden geen bezwaar vormt voor het vervullen van hun functie.

De eerste geneeskundige kijkt jaarlijks minimaal een keer mee met de multidisciplinaire overleggen (behandelplanbesprekingen), of op indicatie vaker. Hij beoordeelt daarbij het functioneren, de samenwerking en de dossiervoering. De psychiater en de GZ-psycholoog zijn vanuit hun rol als regiebehandelaar belast met de verantwoordelijkheid zich overtuigd te weten 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.

- *zorgverleners volgens zorgstandaarden en richtlijnen handelen:*

Alle GGZ-behandelingen worden uitgevoerd conform de landelijk vastgestelde multidisciplinaire richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Deze multidisciplinaire richtlijnen zijn nader uitgewerkt in zorgprogramma's. GGMD heeft zorgprogramma's voor de volgende stoornissen; stemmingsstoornissen, angststoornissen, psychotische stoornissen, somatoforme stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, ADHD en het zorgprogramma 'psychiatrie en verstandelijke beperking'. Behandelaars kunnen indien nodig of gewenst gemotiveerd afwijken van een zorgprogramma, zij dienen dit in dat geval met de cliënt te bespreken. In het hulp- en dienstverleningsplan dient te worden aangegeven of er volgens een zorgprogramma wordt gewerkt en/of wordt gemotiveerd waarom er van een zorgprogramma wordt afgeweken.

De eerste geneeskundige van GGMD (psychiater) is eindverantwoordelijk voor het inhoudelijke behandelbeleid van GGMD en stelt de zorgprogramma's vast. Daarnaast zijn er door het bestuur managers aangewezen die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de zorg in de regio's. Deze managers dragen bij aan de beleidsvorming van de gehele organisatie en zijn in de regio verantwoordelijk voor de kwaliteit van de hulp- en dienstverlening en de toepassing van het personeelsbeleid, het financieel beleid en het organisatiebeleid op regionaal niveau. Zij houden toezicht op een correcte uitvoering van het primair proces, de richtlijnen, protocollen en de zorgprogramma's van GGMD, binnen de wettelijke kaders.

- *zorgverleners hun deskundigheid op peil houden:*

De psychiaters van GGMD houden hun deskundigheid op peil door middel van een vastgesteld nascholingsbudget. Daarnaast dienen zij, net als de andere behandelaars, te voldoen aan de herregistratie-eisen. Ook is er een aanvullend scholingsprogramma beschikbaar voor de GZ-psychologen op het gebied van de behandeling van de specifieke gehoorgerelateerde somatoforme stoornissen.

Naast het op peil houden van de vakinhoudelijke kennis, investeert GGMD een aanzienlijk bedrag (als de begroting het toelaat 6% van het personeelsbudget) aan de deskundigheidsbevordering van medewerkers op het gebied van werken met de doelgroep doven en ernstig slechthorenden. Circa 50% van dit budget wordt besteed aan

communicatietraining en doelgroepkennis; GGMD is immers een tweetalige instelling. Alle medewerkers leren de Nederlandse Gebarentaal, waarbij het vereiste niveau is vastgelegd in een interne norm. Alle uitvoerend medewerkers volgen bovendien het programma 'Omgaan met doven en slechthorenden in de zorg- en dienstverlening'; een introductieprogramma dat bestaat uit drie theoriedagen met achtergrondinformatie en twee praktijkdagen. Naast de scholing gericht op kennis van, begrip voor en communicatie met de doelgroep wordt er jaarlijks een bijscholingsprogramma opgezet, gericht op bevordering van de professionele deskundigheid van medewerkers. Ook biedt GGMD verschillende mogelijkheden voor intervisie en casuïstiekbespreking. Verder kan er ook door middel van individuele coaching gewerkt worden aan het verbeteren van persoonlijk functioneren.

10. Samenwerking

- *Samenwerking binnen GGMD en het multidisciplinair overleg is vastgelegd en geborgd in het professioneel statuut.*
Zie professioneel statuut.
- *Binnen GGMD is het multidisciplinair overleg en de informatie-uitwisseling en -overdracht tussen regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren als volgt geregeld:*
Multidisciplinaire overleggen (MDO's) vinden afhankelijk van de caseload en de beschikbaarheid van de regiebehandelaar eenmaal per week of eenmaal per twee weken plaats. In de SGGZ is er altijd een psychiater lid van het MDO. Daarnaast zijn bij voorkeur alle betrokken behandelaren aanwezig, maar in ieder geval de regiebehandelaar (de psychiater zelf of de GZ-psycholoog), een behandelaar die tevens coördinator is van het team (coördinator primair proces; CPP) en die het MDO voorziet en een communicatiespecialist. Indien een van hen niet aanwezig kan zijn, informeert hij de regiebehandelaar hierover.
De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het verloop van het MDO en ziet toe op correcte verslaglegging van hetgeen besproken wordt. Wanneer cliënten verschillende vormen van zorg krijgen vanuit verschillende zorgprogramma's (en meestal ook verschillende financieringen), wordt binnen het MDO de afstemming en samenhang van de zorg geborgd. Buiten het formele MDO, zoals hiervoor beschreven, kunnen betrokken behandelaren altijd overleg voeren met de regiebehandelaar. In urgente gevallen kan er een beroep worden gedaan op een psychiater of GZ-psycholoog die als achterwacht functioneert indien de eigen psychiater of GZ-psycholoog niet bereikbaar is.
- *GGMD hanteert de volgende procedure voor het op- en afschalen van de zorgverlening naar een volgend respectievelijk voorliggend echelon:*
De beslissing over het op- en afschalen van zorg gebeurt altijd binnen een MDO-setting. Bij de evaluatie van de behandeling in het MDO wordt het effect van de behandeling besproken en worden mogelijke vervolgstappen in kaart gebracht. De verschillende disciplines kijken hierbij ieder vanuit hun eigen expertise naar de cliënt. Door het brede zorgaanbod dat GGMD biedt is er sprake van een interne zorgketen, waardoor het op- en afschalen van de zorgverlening flexibel kan plaatsvinden. Zo kan er binnen het tinnitus- en hyperacusisprogramma van GGMD worden opgeschaald naar behandeling in de SGGZ als het effect van de behandeling in de GBGGZ ontoereikend is.
Het komt ook voor dat er wordt op- en afgeschaald tussen de GGZ-behandeling en de overige zorg die GGMD biedt. Als een cliënt niet-GGZ zorg ontvangt (bijvoorbeeld woonbegeleiding) kan de hulpverlener een GGZ-collega consulteren voor advies over de wenselijkheid om de cliënt te beoordelen binnen de GGZ. Indien blijkt dat de cliënt mogelijk geïndiceerd is voor een GGZ-behandeling, vindt overleg met de huisarts plaats en bepaalt de huisarts of hij de cliënt doorverwijst naar de GGZ. Op basis van de verwijzing van de huisarts vindt een GGZ-intake en

indicatiestelling plaats. Indien er een GGZ-behandeling geboden wordt is de GGZ-regiebehandelaar verantwoordelijk voor de gehele hulp- en dienstverlening die door GGMD geboden wordt en wordt er een nieuw hulp- en dienstverleningsplan opgesteld met daarin zowel de GGZ-behandeling als de niet- GGZ-hulp- en dienstverlening. Wanneer de GGZ-behandeling uiteindelijk is afgerond kan de regiebehandelaar in een MDO besluiten dat het traject kan worden afgesloten. Er volgt een terugkoppeling aan de verwijzer en er komt een nieuw hulp- en dienstverleningsplan zonder een GGZ-gedeelte. De regiebehandelaar GGZ draagt de regie vervolgens weer over aan de behandelaar van de niet-GGZ-hulp- en dienstverlening.

Tenslotte komt het ook voor dat de cliënt wordt doorverwezen naar een andere GGZ-instelling in een situatie waarin behandeling nodig is waarin geen van de behandelaren in het team voldoende bekwaam is. Indien er sprake is van therapieresistente kan de cliënt ook worden doorverwezen naar een gespecialiseerde GGZ-instelling of academisch centrum, conform richtlijnen.

- *Binnen GGMD geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de volgende escalatieprocedure:*

De regiebehandelaar stelt in overleg met de cliënt het hulp- en dienstverleningsplan vast en draagt zorg voor het uitvoeren van dit plan. Bij een verschil van inzicht tussen twee betrokken zorgverleners over de GGZ-behandeling is het oordeel van de regiebehandelaar leidend. Bij een verschil van inzicht tussen een betrokken psychiater en de regiebehandelaar (wanneer deze niet de psychiater is) binnen de GGZ wordt er opgeschaald naar de eerste geneeskundige. Ook bij een verschil van inzicht over de niet-GGZ-behandeling tussen een regiebehandelaar GGZ en een niet-GGZ-behandelaar wordt er opgeschaald naar de eerste geneeskundige.

11. Dossievoering en omgang met cliëntgegevens

- *Ik vraag om toestemming van de cliënt bij het delen van gegevens met niet bij de behandeling betrokken professionals: 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.*
- *Ik gebruik de privacyverklaring als de cliënt zijn diagnose niet kenbaar wil maken aan zijn zorgverzekeraar: Ja.*
- *GGMD levert ROM-gegevens aan bij de Stichting Benchmark GGZ (SBG) op geaggregeerd niveau ten behoeve van benchmarking: Ja.*

12. Klachten en geschillenregeling

- *Cliënten kunnen met klachten over behandeling terecht bij:*
Harry Bosma (bestuurder van GGMD) of bij de externe klachtencommissie:
 - GGMD voor doven en slechthorenden, t.a.v. de heer H. Bosma, Buchnerweg 3, 2803 GR Gouda, 0800-3374667, contact@ggmd.nl
 - Klachtencommissie Maatschappelijke Dienstverlening Noord- en Zuid-Holland, t.a.v. het secretariaat. Krokusstraat 47, 2015 AE Haarlem.

Zie klachtenreglement.

- *Cliënten kunnen met geschillen over behandeling terecht bij:*
Geschillencommissie Zorginstellingen, Borderwijklaan 46, 2509 LP Den Haag, 070-3105310. De geschillenregeling is hier te vinden: www.degeschillencommissie.nl.

III. Het behandelproces - het traject dat de cliënt in mijn praktijk doorloopt

13. Wachtijd voor intake en behandeling

Cliënten vinden informatie over wachttijden voor intake en behandeling via <http://www.ggmd.nl/over-ggmd/hoe-werkt-ggmd/> en kunnen deze ook telefonisch of per mail opvragen. De informatie is gerangschikt naar generalistische basis-GGZ en/of gespecialiseerde GGZ en, indien van toepassing, per diagnose en per zorgverzekeraar.

14. Aanmelding en intake

De aanmeldprocedure is in de organisatie als volgt geregeld (zoals: wie ontvangt de telefonische aanmelding, wie doet de intake, hoe verloopt de communicatie met de cliënt):

Team Aanmelding en Contact (TAC)

GGMD werkt landelijk, maar het hoofdkantoor is gevestigd in Gouda. Hier ontvangt het Team Aanmelding en Contact (TAC) alle telefonische en digitale aanmeldingen van cliënten. Het TAC maakt een korte inschatting van de hulpvraag van de cliënt, maakt een dossier voor de cliënt aan, voert de gegevens van de cliënt en de mate van gehoorverlies in het systeem in en voert bij cliënten met een verwijzing voor de SGGZ of de GBGGZ een eerste verzekeringscontrole uit. Wanneer de cliënt door een verwijzer wordt aangemeld voert het TAC ook de vraag van de verwijzer in. Daarnaast verstrekt het TAC de eerste informatie aan de cliënt over het vervolg van de aanvraag.

Communicatiecheck, aanmeld- en intakegesprek

Vervolgens stuurt het TAC de gegevens van de cliënt door naar het secretariaat van de betreffende regio en naar de Coördinator Primair Proces (CPP) van het betreffende GGZ-team. De secretaresse vraagt de verwijzingsbrief van de cliënt op en de CPP controleert vervolgens of de verwijzingsbrief correct is.

Als een cliënt slechthorend of doof is wordt er een afspraak gemaakt voor het afnemen van een 'communicatiecheck' door een tolk. Tijdens deze communicatiecheck onderzoekt de tolk het auditieve functioneren van de cliënt en worden de mogelijkheden en wensen voor de communicatie tussen de cliënt en de hulpverlener onderzocht. Het advies uit deze communicatiecheck over aan de doofheid/slechthorendheid gerelateerde aspecten is bindend voor de behandelaren. Bij dit advies speelt de wens van de cliënt ten aanzien van de communicatie een belangrijke rol. Na het afnemen van de communicatiecheck maakt het secretariaat een afspraak met de cliënt voor een aanmeld- en een intakegesprek. Indien mogelijk en gewenst worden de communicatiecheck, het aanmeldgesprek en de intake op dezelfde dag gepland.

Aanmelding GBGGZ en SGGZ

De aanmeld- en intakefase bestaat uit verschillende contactmomenten en gesprekken. In de GBGGZ is er in principe sprake van horende of licht slechthorende mensen. Het aanmeldgesprek wordt gevoerd met de CPP en het intakegesprek wordt gevoerd met de GZ-psycholoog (regiebehandelaar). In de SGGZ gaat het in principe om dove of ernstig slechthorende mensen of complexere problematiek bij tinnitus en hyperacusis. Net als bij de GBGGZ maakt het secretariaat een afspraak met de cliënt voor een aanmeldgesprek en intakegesprekken. Het aanmeldgesprek wordt gevoerd met de CPP. Daarna wordt de intake gedaan door de GZ-psycholoog, een

sociaalpsychiatrisch verpleegkundige of een maatschappelijk werker, afhankelijk van de samenstelling van het team. Vervolgens volgt een psychiatrisch onderzoek door de psychiater. Indien nodig kan besloten worden om aanvullende intakegesprekken te voeren (verlengde intake).

De verschillende gesprekken (indien van toepassing een communicatiecheck, aanmeldgesprek, en de intakegesprek(ken), vinden bij voorkeur plaats op dezelfde dag. Van deze volgorde kan worden afgeweken, indien dit door de betreffende behandelaars noodzakelijk wordt geacht, of indien hierdoor de intake sneller tot stand kan worden gebracht. In geval van spoed kunnen de CPP en de regiebehandelaar samen bepalen dat de cliënt zo snel mogelijk wordt gezien.

Binnen GGMD wordt de cliënt/cliënt terugverwezen naar de verwijzer –indien mogelijk met een passend advies- indien GGMD geen passend aanbod heeft op de zorgvraag van de cliënt/cliënt: Ja.

15. Diagnose

Beschrijf hoe de intake en diagnose binnen GGMD is geregeld (hoe komt de aanmelding binnen, hoe komt de afspraak met de cliënt/cliënt voor de intake tot stand, wie is in de intakefase de regiebehandelaar en hoe komt die beslissing tot stand (afstemming met cliënt/cliënt), waaruit bestaan de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar indien deze wel/niet zelf de diagnose stelt):

Binnen de intakefase van de SGGZ bepaalt de psychiater wie de regiebehandelaar van de cliënt is; hijzelf of de GZ-psycholoog. Als de psychiater de regiebehandelaar is, stelt hij zelf de diagnose vast. Als de GZ-psycholoog de regiebehandelaar is, stellen de GZ-psycholoog en de psychiater samen de diagnose vast op basis van gezamenlijke besluitvorming. Dit is zowel een beschrijvende diagnose, als een classificatie conform de DSM-IV en vanaf 2015 de DSM-5. Als er sprake is van een verschil van inzicht over de diagnose is het oordeel van de psychiater leidend. Indien het verschil van inzicht niet op deze manier kan worden opgelost, wordt opgeschaald naar de eerste geneeskundige.

Binnen de GBGGZ treedt de GZ-psycholoog op als regiebehandelaar. De GZ-psycholoog stelt de diagnose en kan bij twijfel een psychiater in consult roepen.

De regiebehandelaar kan delen van de intake en coördinerende taken delegeren naar andere bekwame behandelaars, maar blijft altijd eindverantwoordelijk.

Na de verschillende gesprekken in de aanmeld- en intakefase vindt er binnen de SGGZ en de GBGGZ een multidisciplinair (MDO) intakeoverleg plaats. Hierbij zijn in principe alle betrokken hulpverleners van de intakefase aanwezig. Ook wordt er bij doven en slechthorenden standaard een communicatiespecialist geconsulteerd in het MDO: niet alleen de psychiatrische problematiek kan het functioneren en de participatie van de cliënt beïnvloeden, maar ook de aan de doofheid en slechthorendheid gerelateerde aspecten. Beide factoren zijn onderdeel van het intakeproces.

Tijdens het MDO vindt onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar een indicatiestelling plaats. Daarna volgt een indicatiegesprek, waarbij de regiebehandelaar de diagnose en de indicatiestelling met de cliënt bespreekt. De regiebehandelaar legt hierbij duidelijk uit wat het betekent om de betreffende diagnose te hebben en geeft de cliënt een heldere omschrijving van de mogelijke behandelmogelijkheden, de kans op succes en de mogelijke risico's en neveneffecten, zoals pijn, hinder en sociale gevolgen. Op het moment dat een deel van de behandeling niet binnen GGMD kan worden uitgevoerd, informeert de regiebehandelaar de cliënt over de mogelijkheden bij andere organisaties, zodat de cliënt hier een afweging in kan maken. De regiebehandelaar in de intakefase blijft in principe ook regiebehandelaar tijdens

verdere behandeling. De psychiater kan als regiebehandelaar tijdens de intakefase de regie ook overdragen aan de GZ-psycholoog in de behandel fase. Dit wordt met cliënt besproken en in het hulp- en dienstverleningsplan (behandelplan) vastgelegd.

16. Behandeling

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

Na het indicatiegesprek verwerkt de regiebehandelaar alle informatie in het hulp- en dienstverleningsplan (HDP). De medebehandelaren in het MDO vullen het HDP verder aan.

Het HDP van GGMD bestaat uit een algemeen deel met daarin de volgende onderdelen:

- De naam van de regiebehandelaar
- De naam van de eerste contactpersoon vanuit GGMD voor de cliënt
- De naam en contactgegevens van de contactpersoon van de cliënt
- Indien van toepassing betrokkenheid en contactgegevens van externe hulpverleners
- Indien van toepassing juridische aspecten
- Indien van toepassing contactgegevens van de bewindvoerder/curator/mentor van de cliënt
- Indien van toepassing informatie over de inzet van opvoedondersteuning
- Indien van toepassing informatie over de inzet van jeugd-GGZ aan een kind van de cliënt
- Communicatieve aspecten met advies uit communicatiecheck
- Behoeftte voor een cisissignaleringsplan
- Behoeftte voor het invullen van een nieuw risicotaxatieformulier
- De vastgestelde trede op 'de participatieladder' (mate van participatie in de samenleving)
- Eventuele overige afspraken met cliënt
- De evaluatiedatum van het gehele HDP
- De overeenstemming met cliënt.

Naast het algemene gedeelte is er ook een specifiek gedeelte voor de betreffende vormen van zorg die de cliënt binnen GGMD ontvangt. Het specifieke gedeelte voor de GGZ-behandeling bestaat uit:

- De omschrijving van de hulpvraag van de cliënt en zijn systeem
- Een samenvatting van de klachten en problemen
- Een beschrijving van de diagnose en classificatie volgens de DSM-IV (wordt DSM-5)
- De geformuleerde doelen van de behandeling
- De naam en functie van de betrokken behandelaren
- De frequentie van gesprekken/contacten
- Indien van toepassing de acties van de cliënt en het netwerk

Als de cliënt naast GGZ-behandeling ook andere hulpvragen heeft (bijvoorbeeld op het gebied van de Wet Maatschappelijke ondersteuning; de Wmo) wordt het HDP integraal opgesteld en worden ook de niet-GGZ behandel doelen meegenomen. Vervolgens bespreekt de regiebehandelaar het HDP met de cliënt, waarbij de cliënt zijn wensen en voorkeuren kan aangeven. Uiteindelijk stellen de regiebehandelaar en de cliënt het HDP samen vast en wordt het HDP ondertekend door de client. De cliënt heeft te allen tijde recht op inzage en kan een kopie ontvangen. Vervolgens wordt ook de verwijzer van de cliënt geïnformeerd over de behandeling, tenzij de cliënt hier bezwaar tegen heeft.

Het HDP is een dynamisch document en kan te allen tijde worden aangepast. Als de cliënt of de regiebehandelaar het HDP wil aanpassen gaan zij met elkaar in gesprek en stellen zij vervolgens een nieuw HDP vast.

Het aanspreekpunt voor de cliënt tijdens de behandeling is de regiebehandelaar (beschrijving rol en taken regiebehandelaar in relatie tot rol en taken medebehandelaars):

De regiebehandelaar is het centrale aanspreekpunt voor de cliënt en zijn naasten tijdens de behandeling. De regiebehandelaar kan taken delegeren naar andere behandelaren, maar blijft altijd eindverantwoordelijk voor het zorgproces.

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. 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.
2. De regiebehandelaar ziet erop 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, tijdens het MDO en 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 HDP.
4. De regiebehandelaar en de andere betrokken behandelaren treffen elkaar ten behoeve van periodieke evaluatie van het HDP in het MDO en in persoonlijk contact en/of in teamverband, met de daartoe noodzakelijke frequentie (ook 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 indien toestemming hiervoor is verkregen) over het beloop van de behandeling en koppelt dit terug in het MDO.
6. De regiebehandelaar heeft de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid voor de zorgverlening, maar kan taken delegeren aan een of meerdere medebehandelaren. Ook kan de regiebehandelaar een eerste contactpersoon vanuit GGMD voor de cliënt aanwijzen. In het hulp- en dienstverleningsplan wordt vastgelegd wie deze eerste contactpersoon is.

De voortgang van de behandeling wordt binnen GGMD als volgt gemonitord:

Na het vaststellen van het HDP worden de momenten voor evaluatie ingepland, waarop wordt gekeken of de behandeling het gewenste effect sorteert. De regiebehandelaar bewaakt de termijn van evaluatie, zoals vastgelegd in het HDP; hiervoor wordt een jaarplanning gemaakt. Evaluatie vindt in ieder geval plaats op de volgende momenten: ieder jaar, bij tussentijdse wijziging van de hulpvraag en/of het HDP, en aan het einde van het traject. Bij ieder evaluatiemoment wordt er een evaluatiegesprek gevoerd met de cliënt, waarbij ook de ROM-meting wordt uitgevoerd. De regiebehandelaar coördineert de inbreng van de evaluatieverslagen van de betrokken hulpverleners en voegt ze samen. Deze resultaten worden vervolgens in het MDO ingebracht, waarbij nadrukkelijk aandacht wordt besteed aan de volgende vragen:

- zijn de doelen nog steeds geldig en SMART?
- zijn er wijzigingen in de zorg nodig om de gestelde doelen te bereiken?
- is interne of externe doorverwijzing gewenst?
- hoe is de onderlinge afstemming tussen betrokken hulpverleners?
- is de cliënt tevreden?
- hoe zien de ROM-resultaten eruit?

De evaluatie kan leiden tot het continueren van het bestaande HDP, het aanpassen van het HDP, of het beëindigen van de hulp- en dienstverlening. De regiebehandelaar bespreekt de mogelijke vervolgstap met de cliënt en de cliënt tekent de evaluatie bij akkoord. De regiebehandelaar informeert de verwijzer per brief over de voortgang van de behandeling, tenzij de cliënt hier bezwaar tegen heeft.

Binnen GGMD evalueert de regiebehandelaar samen met de cliënt/cliënt en eventueel zijn naasten de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling als volgt:

De regiebehandelaar evalueert periodiek de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling met de cliënt en eventueel zijn naasten. De frequentie hierbij is stoornis- en cliëntafhankelijk en wordt beschreven in de zorgstandaarden. De keuze om op- of af te schalen in de zorg is een vast onderdeel bij de evaluaties. Wanneer blijkt dat er onvoldoende toegevoegde waarde is van de behandeling kan de behandeling worden bijgesteld, overgedragen of worden beëindigd. Indien de behandeling wordt bijgesteld leidt dit tot een hernieuwd HDP dat met de cliënt wordt afgestemd.

De tevredenheid van cliënten/cliënten wordt binnen GGMD op de volgende manier gemeten:

GGMD meet de cliënttevredenheid van cliënten eenmaal per 3 jaar. Hiervoor wordt een eigen instrument gebruikt dat speciaal voor de doelgroep doven en ernstig slechthorenden is ontwikkeld. Deze vragenlijst houdt rekening met de achterstanden op taal- en informatieachterstanden die vaak onder de doelgroep voorkomen. Het laatste cliënttevredenheidsonderzoek is uitgevoerd in 2015. Na analyse van de resultaten en evaluatie in het managementteam en de cliëntenraad, worden verbeteracties afgesproken en in gang gezet.

17. Afsluiting/nazorg

De resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen worden als volgt met de cliënt/cliënt en diens verwijzer besproken:

Als de regiebehandelaar besluit dat het traject afgesloten kan worden bespreekt hij dit met de cliënt. Als de cliënt zich hierin kan vinden wordt de behandeling beëindigd. Hierbij wordt een laatste ROM-meting uitgevoerd en wordt het traject met de cliënt geëvalueerd. Ook worden mogelijke vervolgstappen met de cliënt besproken. Als er vervolgbehandeling nodig is wordt de verwijzer van de cliënt hierover per brief geïnformeerd, mits de cliënt hier geen bezwaar tegen heeft. Als er geen vervolgbehandeling nodig is stelt de regiebehandelaar een afrondingsbrief op. Deze brief wordt naar de cliënt en de verwijzer gestuurd, mits de cliënt hier geen bezwaar tegen heeft.

Het is mogelijk dat de GGZ-behandeling kan worden afgerond, maar dat nog wel begeleiding, voorbeeld binnen de WMO, nodig is. In dat geval wordt er een nieuw zorgtraject gestart, waarbij een maatschappelijk werker wordt aangewezen als het nieuwe aanspreekpunt voor de cliënt. Als de andere, niet-GGZ, hulpverlening nog niet is afgerond gaat deze door en draagt de regiebehandelaar de coördinatie van de zorg over aan een andere behandelaar.

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

Bij crisis en/of terugval worden cliënten zo spoedig mogelijk geholpen. De cliënt kan zich melden bij het TAC, waarna het TAC direct schakelt met de voormalige regiebehandelaar, zodat de cliënt niet de reguliere intake hoeft te doorlopen. Bij voorkeur worden dezelfde regiebehandelaar en medebehandelaren aan de cliënt toegewezen voor vervolgbehandeling. Bij de behandeling van crisis werkt GGMD samen met de crisisdiensten van lokale reguliere GGZ-instellingen.

IV. Ondertekening

Ik verklaar dat ik me houd aan de wettelijke kaders van mijn beroepsuitoefening, handel conform het model kwaliteitsstatuut en dat ik dit kwaliteitsstatuut naar waarheid heb ingevuld:

Harry Bosma, bestuurder GGMD

Gouda

01-07-2017