

Goedgekeurd kwaliteitsstatuut ggz - Instelling format C

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

I. Algemene informatie

1. Gegevens ggz-aanbieder

Naam instelling zoals bekend bij KVK: Stichting GGMD voor doven en slechthorenden

Hoofd postadres straat en huisnummer: Kanaalweg 93 C

Hoofd postadres postcode en plaats: 3533HH Utrecht

Website: www.ggmd.nl

KvK nummer: 41167550

AGB-code 1: 22220361

2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt

Naam: Saïd Bellari

E-mailadres: s.bellari@ggmd.nl

Tweede e-mailadres: contact@ggmd.nl

Telefoonnummer: 088-4321700

3. Onze locaties vindt u hier

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

4. Beschrijving aandachtsgebieden/zorgaanbod:

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

GGMD, Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening, heeft als missie: het bieden van psychosociale zorg aan doven (vroeg-/laat-/plotsdoof en doofblind), slechthorenden en mensen met andere gehoorstoornissen, zoals tinnitus, hyperacusis en de ziekte van Ménière. De zorg is gericht op het herwinnen van gezondheid (gedefinieerd als 'herstel van het vermogen om je aan te passen en zelf regie te voeren in de biopsychosociale uitdagingen van het leven') en psychosociaal welzijn, niet als doel, maar als middel om een volwaardig en zinvol leven te kunnen leiden. Daarbij wordt aangesloten bij de eigen kracht, regie en zelfmanagement van cliënten met de onmisbare steun van hun naaste(n). Zonder ook de psychische, sociale en communicatieve beperkingen van deze cliënten uit het oog te verliezen. Het begrijpen van gehoorproblemen, integraal werken / blended behandelen en de pijlers van positieve gezondheid (iPH, 2022), vormen de basis van de dienstverlening.

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

Alle hoofddiagnoses

Aandachtstekort- en gedrags

Pervasief

Overige kindertijd

Delirium, dementie en overig

Alcohol

Overige aan een middel

Schizofrenie

Depressie
Bipolair en overig
Angst
Restgroep diagnoses
 Dissociatieve stoornissen
 Genderidentiteitsstoornissen
 Psychische stoornissen door een somatische aandoening
 Seksuele problemen
 Slaapstoornissen
Persoonlijkheid
Somatoform
Eetstoornis

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

Nee

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

Mensen met een (licht) verstandelijke beperking

5. Beschrijving professioneel netwerk:

GGMD werkt ten behoeve van de behandeling van haar cliënten intensief samen met diverse ketenpartners in de regio. Met deze ketenpartners zijn samenwerkingsovereenkomsten opgesteld waarin is vastgelegd op welke wijze partijen met elkaar samenwerken, een beroep kunnen doen op elkaars expertise en inzet en hoe in dergelijke omstandigheden de behandelverantwoordelijkheid geregeld is. Daarnaast wordt ook op incidentele basis samengewerkt met partners/zorgaanbieders. Onderstaande opsommingen zijn dan ook niet limitatief.

Een belangrijke samenwerkingspartner in vrijwel elke behandeling is de huisarts. De huisarts of andere verwijzer wordt periodiek geïnformeerd over de voortgang van de behandeling en tevens bij belangrijke wijzigingen in het hulp- en dienstverleningsplan. Na intake wordt een brief met de samenvatting van het hulp- en dienstverleningsplan aan de huisarts of andere verwijzer verstuurd. Jaarlijks, of bij afsluiting van de zorg, wordt het verloop en resultaat van de behandeling als brief naar de huisarts (of andere verwijzer) verstuurd. Voor het informeren van huisarts en/of verwijzer geldt veronderstelde toestemming. Cliënt heeft het recht hier bezwaar tegen te maken, (KNMG Richtlijn Omgaan met medische gegevens, 2022), (EGiZ Gedragscode, 2022).

Met betrekking tot eventuele communicatie met de apotheek van cliënt in het kader van EVS (elektronisch voorschrijfsysteem) geldt het volgende. GGMD houdt zich aan de KNMG-richtlijn Elektronisch voorschrijven die van toepassing is op het voorschrijven van geneesmiddelen, (KNMG Richtlijn Elektronisch voorschrijven, sd). Dit heeft als doel het voorkomen van mogelijk onveilige situaties bij het voorschrijven van medicatie (bijvoorbeeld met betrekking tot allergieën, contra-indicatie, nierfunctie), vanuit goed hulpverlenerschap en voorkomen van schade.

Tenslotte, een verwijzing betekent dat er impliciete toestemming is van de cliënt voor het overdragen van relevante gegevens. Voor ophalen van informatie over medicatie is expliciete toestemming nodig, (Gedragscode Elektronische gegevensuitwisseling in de Zorg, 2019).

GGMD werkt als zorgaanbieder verder structureel samen met de volgende externe zorgpartners:

- Kentalis (Samen sterk in communicatie, sd)
- Sociale wijkteams binnen gemeenten (GGZ Kind en Jeugd, Jeugdwet, WMO).
- KNO-afdelingen in ziekenhuizen (voor somatisch symptoom stoornissen zoals tinnitus)
- Audiologische centra

Op het gebied van veiligheid, openbare orde en crisishulpverlening werkt GGMD samen met:

- Parnassia

o

samenwerking in de uitvoering van de WvGGZ, (Parnassia, specialist in psychiatrie, 2022)

Parnassia Groep
Monsterseweg 93
2553 RJ Den Haag
www.parnassiagroep.nl

- Reinier van Arkel
 - o Crisishulpverlening K&J-psychiatrie
 - o Consultatie K&J-psychiatrie

Reinier van Arkel, Herlaarhof
Boxtelseweg 32
5261 NE Vught
www.herlaarhof.nl

- Rivierduinen, Zuid-Holland:
 - o samenwerking in de uitvoering van de WvGGZ, (GGZ Rivierduinen Het begint bij begrip, 2022)
 - o klinische behandeling, met ondersteuning in de communicatie vanuit GGMD
 - o samenwerking op het gebied van zorgprogrammering

Rivierduinen
Postbus 405
2300 AK Leiden
www.rivierduinen.nl

Op het gebied van intensieve GGZ-zorg en/of klinische behandeltrajecten werkt GGMD samen met:

- Pro Persona, Ede, kliniek De Riethorst, (De Riethorst, GGZ-centrum voor doven en slechthorenden, 2022)

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

Op het gebied van GGZ-zorg en/of klinische behandeltrajecten werkt GGMD samen met:

- Lentis, Groningen:

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

Op het gebied van jeugdzorg:

- Diverse scholen van Kentalis. Zoals Kentalis Compas, Kentalis Talent en Kentalis Signis.
- Diverse scholen van Auris. Zoals dr. Polanoschool in Rotterdam, Auris Fortaal in Utrecht,

Auris Rotsoord, Utrecht en Auris College, Rotterdam

Op het gebied van wonen en zorg werkt GGMD onder andere samen met:

- Stichting RIBW Fonteyenburg in Zoetermeer, (Fonteyenburg - home, 2022)

RIBW Fonteyenburg 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 RIBW Fonteyenburg.

RIBW Fonteyenburg
Papyruspad 1
2283 HG Rijswijk
www.fonteyenburg.nl

- Philadelphia beschermde woonvormen in Den Haag – Leidschendam, (Philadelphia.nl, sd)

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

- Bavo-Europoort, beschermde woonvorm de 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

- Ipse de Brugge, Centrum Campus Oosterheem

Er is samenwerking met beschermde woonvorm Centrum Campus Oosterheem te Zoetermeer van Ipse de Brugge.

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

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.

6. Onze instelling biedt zorg aan in:

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

6a. Stichting GGMD voor doven en slechthorenden heeft aanbod in:

de generalistische basis-ggz:

In het Zorgprestatie­model voor GGZ en FZ wordt nog gewerkt met een onderscheid in basis- en specialistische ggz, vandaar dat dit onderscheid nog plaatsvindt in dit kwaliteitsstatuut. Dit onderscheid zal in de toekomst vervallen waarbij uitsluitend de indeling in categorieën (ABCD) overblijft.

De zorg is in principe vrijwillig van aard. GGMD biedt op dit moment alleen onder voorwaarden verplichte ambulante zorg en alleen in samenwerking met een andere GGZ-organisatie die verantwoordelijk kan zijn voor een zorgmachtiging, een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel. Verplichte zorg kan worden verleend als iemand als gevolg van zijn psychische stoornis ernstig nadeel veroorzaakt voor zichzelf, voor een ander of voor personen of goederen in het algemeen. Wanneer er sprake is van een behandeltraject in het kader van WvGGZ wordt de psychiater altijd betrokken bij behandel­evaluaties door de zorgverantwoordelijke 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 zorgverantwoordelijke (wanneer deze niet de psychiater is) wordt opgeschaald naar de Geneesheer-Directeur van GGMD. GGMD heeft een beleidsplan Wet verplichte GGZ.

GGMD heeft zorgaanbod vanuit zowel de generalistische basis GGZ (GBGGZ) als de specialistische GGZ (SGGZ) en biedt zowel monodisciplinaire, als multidisciplinaire zorg conform de beschrijving in het Zorgprestatie­model (ZPM) van de Nederlandse Zorgautoriteit (Zorgautoriteit, 2022). Deze vormen van zorg zijn landelijk georganiseerd en worden op meerdere locaties aangeboden. Voor alle zorgonderdelen binnen GGMD geldt dat deze voldoen aan de vereisten van het HKZ-kwaliteitskeurmerk. De GBGGZ voldoet ook aan het Keurmerk basis GGZ (KiBG - Home, 2022).

GGMD biedt poliklinische diagnostiek en behandeling aan volwassenen en ouderen met een lichte tot matige, niet complexe somatische symptoom stoornis bij tinnitus. De GBGGZ is meestal monodisciplinair van aard, dat wil zeggen dat de zorg hoofdzakelijk verleend wordt vanuit één discipline (buiten de betrokkenheid van de regiebehandelaar), (Zorgprestatie­model, 2022). Het gaat hierbij om afgegrensde poliklinische behandeltrajecten van doorgaans vijf tot acht gesprekken. Behandelingen worden zowel individueel als in groepsverband aangeboden vanuit verschillende disciplines. Aan elk GBGGZ-team is verder een psychiater verbonden. Binnen de GBGGZ is daarmee altijd een psychiater beschikbaar voor advies of consultatie.

Ons aanbod in de GBGGZ omvat onder meer:

- Kennismaking en korte diagnostiek
- Psycho-educatie (voorlichting) over de aandoening
- Kortdurende gesprekstherapie
- E-health cq. Blended behandeling
- Laagfrequente behandel- en begeleidingscontacten

In de GBGGZ kunnen de volgende behandel­aars regiebehandelaar zijn:

- GZ psycholoog

- Indien beschikbaar:
 - o psychotherapeut
 - o klinisch psycholoog of neuropsycholoog
 - o een verpleegkundig specialist.

de gespecialiseerde-ggz:

Voor cliënten met (zeer) complexe psychische aandoeningen biedt GGMD uiteenlopende vormen van zorg. De zorg wordt geboden aan cliënten van alle leeftijdsgroepen: kinderen, volwassenen en ouderen.

GGZ voor kinderen en Jeugd

Het aanbod voor deze leeftijdsgroep bestaat uit poliklinische en ambulante vormen van zorg. De SGGZ voor kind en jeugd richt zich op diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen bij dove en slechthorende kinderen, of biedt zorg aan horende kinderen van dove ouders, zogenaamde CODA problematiek (Child of Deaf Adult). GGMD werkt samen met een aantal scholen voor dove kinderen en biedt op deze scholen gedragstherapeutische behandeling. De SGGZ voor kind en jeugd biedt specialistische GGZ voor kinderen van 4 tot 18 jaar. Indien verwacht wordt dat een cliënt na de leeftijd van 18 jaar langer durende zorg nodig heeft (langer dan 6 maanden), dan wordt de cliënt overgedragen aan een team dat specialistische GGZ biedt voor volwassenen. In specifieke omstandigheden kan het wenselijk of nodig zijn om de zorg voort te zetten vanuit een kind- en jeugdteam tot de (maximale) leeftijd van 23 jaar.

Regiebehandelaar bij deze zorgvorm kan zijn:

- psychiater
- gz-psycholoog of klinisch psycholoog (indien beschikbaar)
- psychotherapeut
- orthopedagoog generalist

GGZ voor volwassenen en ouderen

Deze zorg wordt geboden op één van onze poliklinieken of bij mensen thuis (indien noodzakelijk en mogelijk). De SGGZ volwassenen en ouderen is met name gericht op dove en slechthorende cliënten met psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen, depressieve stoornissen, angststoornissen, somatisch symptoom stoornissen (bij een gehoorstoornis), ADHD en trauma.

Daarnaast biedt GGMD GGZ-zorg aan horende of slechthorenden cliënten die last hebben van de gevolgen van een andere hoorstoornis zoals tinnitus, hyperacusis of de ziekte van Ménière. Er kan een behandeling geboden worden wanneer er sprake is van een somatisch symptoom stoornis of andere psychiatrische stoornis bij deze klachten. Veelal gaat het hier om cliënten met matig-ernstige, ernstige en complexe psychiatrische problematiek. Het aanbod binnen de specialistische GGZ is vaak multidisciplinair van aard. Voor andere stoornissen zoals autismespectrum stoornissen, eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, cognitieve stoornissen, verslavingsproblematiek, dissociatieve stoornissen is GGMD afhankelijk van de beschikbaarheid van bekwame professionals die op een verantwoorde wijze zorg kunnen bieden conform de geldende standaarden.

GGMD maakt bij bepaalde cliëntgroepen en stoornissen (indien mogelijk) ook gebruik van e-health toepassingen. Hierbij wordt het concept van 'blended behandelen' ingezet: dat wil zeggen een combinatie van persoonlijk contact met de behandelaar en e-health onderdelen die de cliënt zelfstandig kan uitvoeren.

Bij GGMD worden behandelingen binnen de SGGZ vormgegeven vanuit multidisciplinaire teams (teams waarbij behandelaars met verschillende beroepen (disciplines) contact hebben met de cliënt), (Zorgprestatie model, 2022).

- Er is altijd een psychiater direct betrokken bij de intake (diagnostiek) en bij een jaarlijkse evaluatie in het multidisciplinaire overleg (MDO) binnen de SGGZ voor kinderen en volwassenen.

Een uitzondering op deze regel is de zorg voor cliënten met tinnitus en/of hyperacusis die specifiek vallen onder het zorgprogramma somatisch symptoom stoornissen. Binnen dit Zorgprogramma is de GZ-psycholoog regievoerder in de intakefase. De psychiater wordt indien nodig in consult gevraagd en is aanwezig bij de MDO's (SGGZ) conform de bepalingen in het Zorgprestatie-model. Zo nodig wordt de regie overgedragen aan een meer passende regiebehandelaar, bijvoorbeeld een psychiater.

- Er is altijd een psychiater betrokken bij evaluaties in het multidisciplinaire overleg (SGGZ) wanneer er sprake is van een non-respons op de behandeling, of wanneer er sprake is van gevaar voor anderen of voor de cliënt (waaronder suïcidaal gedrag en agressief gedrag).

Regiebehandelaar bij deze zorgvorm kan zijn:

- psychiater,
- gz-psycholoog of klinisch psycholoog
- psychotherapeut.

6b. Stichting GGMD voor doven en slechthorenden heeft aanbod in de categorieën van complexiteit van situatie:

Categorie A Indicerend regiebehandelaar:

GGMD volgt hierin voor de huidige overgangsperiode tussen 1-7-2022 en 1-1-2023 de veldafspraken over tijdelijke invulling van het regiebehandelaarschap in 2022, o.a. voor de gz-psycholoog. Binnen GGMD is er alleen de discipline Sociaal Psychiatrische Verpleegkundige die mogelijk de rol van (alléén) coördinerend regiebehandelaar kan krijgen. Andere disciplines, zoals de GZ-psycholoog en de psychiater zullen beide rollen kunnen uitoefenen als regiebehandelaar: zowel indicierend als coördinerend. Daar waar professionals niet als regiebehandelaar fungeren, kunnen zij wel als medebehandelaar bij GGMD een bijdrage leveren aan de behandeling van cliënten.

Categorie A

Wordt per 1-1-2023 aangevuld. Vooruitlopend daarop kan gesteld worden dat deze zorg binnen GGMD aangeboden wordt. Regiebehandelaar kunnen binnen GGMD bijvoorbeeld zijn: de orthopedagoog generalist (indicierend of beide) en de SPV (alleen coördinerend).

Categorie A Coördinerend regiebehandelaar:

Categorie A

Wordt per 1-1-2023 aangevuld. Vooruitlopend daarop kan gesteld worden dat deze zorg binnen GGMD aangeboden wordt. Regiebehandelaar kunnen binnen GGMD bijvoorbeeld zijn: de orthopedagoog generalist (indicierend of beide) en de SPV (alleen coördinerend).

Categorie B Indicerend regiebehandelaar:

Categorie B

Wordt per 1-1-2023 aangevuld. Vooruitlopend daarop kan gesteld worden dat deze zorg binnen GGMD aangeboden wordt. Regiebehandelaar kunnen binnen GGMD bijvoorbeeld zijn: de psychotherapeut (indicierend) en de SPV of GZ-psycholoog (coördinerend). De veldafspraken volgens kan bij GGMD de gz-psycholoog ook de rol van indicerende regiebehandelaar krijgen, gezien de aanwezige beschikbaarheid van een psychiater ter consultatie.

Categorie B Coördinerend regiebehandelaar:

Categorie B

Wordt per 1-1-2023 aangevuld. Vooruitlopend daarop kan gesteld worden dat deze zorg binnen GGMD aangeboden wordt. Regiebehandelaar kunnen binnen GGMD bijvoorbeeld zijn: de psychotherapeut (indicerend) en de SPV of GZ-psycholoog (coördinerend). De veldafspraken volgend kan bij GGMD de gz-psycholoog ook de rol van indicerende regiebehandelaar krijgen, gezien de aanwezige beschikbaarheid van een psychiater ter consultatie.

Categorie C Indicerend regiebehandelaar:
Categorie C

Wordt per 1-1-2023 aangevuld. Vooruitlopend daarop kan gesteld worden dat deze zorg binnen GGMD aangeboden wordt. Regiebehandelaar kunnen binnen GGMD bijvoorbeeld zijn: de psychiater, klinisch psycholoog of neuropsycholoog (indicerend) en de psychotherapeut (coördinerend).

Categorie C Coördinerend regiebehandelaar:
Categorie C

Wordt per 1-1-2023 aangevuld. Vooruitlopend daarop kan gesteld worden dat deze zorg binnen GGMD aangeboden wordt. Regiebehandelaar kunnen binnen GGMD bijvoorbeeld zijn: de psychiater, klinisch psycholoog of neuropsycholoog (indicerend) en de psychotherapeut (coördinerend).

Categorie D Indicerend regiebehandelaar:
Categorie D

Wordt per 1-1-2023 aangevuld. Vooruitlopend daarop kan gesteld worden dat deze zorg slechts zeer incidenteel en binnen GGMD alleen aangeboden kan worden voor zover noodzakelijk om een tijdelijke noodtoestand te overbruggen. Regiebehandelaar kunnen binnen GGMD bijvoorbeeld zijn: de psychiater, klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog.

Categorie D Coördinerend regiebehandelaar:
Categorie D

Wordt per 1-1-2023 aangevuld. Vooruitlopend daarop kan gesteld worden dat deze zorg slechts zeer incidenteel en binnen GGMD alleen aangeboden kan worden voor zover noodzakelijk om een tijdelijke noodtoestand te overbruggen. Regiebehandelaar kunnen binnen GGMD bijvoorbeeld zijn: de psychiater, klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog.

7. Structurele samenwerkingspartners

Stichting GGMD voor doven en slechthorenden werkt ten behoeve van de behandeling en begeleiding van patiënten/cliënten samen met (beschrijf de functie van het samenwerkingsverband en wie daarin participeren (vermeldt hierbij NAW-gegevens en website)):

GGMD werkt ten behoeve van de behandeling en begeleiding van cliënten samen met de volgende (branche-) organisaties en is tevens aangesloten bij verschillende samenwerkingsverbanden:

- Ruim 300 gemeenten nemen gespecialiseerde begeleiding af van GGMD (Jeugdwet en WMO). GGMD heeft een landelijke raamovereenkomst met de VNG.
- Branchevereniging De Nederlandse GGZ, (De Nederlandse GGZ - Home, 2022)
- Branchevereniging Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland - Home, 2022)
- Siac (Samenwerkende instellingen auditieve en communicatieve sector), (Siac, sd). In dit samenwerkingsverband participeren Kentalis, Auris, Pento, NSDSK, de Gelderhorst en GGMD. Zie voor meer informatie de website (www.siac.nl).
- Gespecialiseerde welzijnsorganisaties zoals SWEDORO te Rotterdam
- Het landelijke netwerk GGZ Doof en Slechthorend, (ggzds - Home, 2022) bestaande uit alle

GGZ organisaties die zich bezighouden met GGZ behandeling voor doven of mensen met een gehoorbeperking:

- o Lentis, (Lentis - Home, 2022)
- o Pro Persona, (Propersona - Home, 2022)
- o Doof & Co, (Doofenco - Home, 2022)

In dit landelijke netwerk GGZ Doof-Slechthorend (GGZDS) zijn alle professionele organisaties werkend in de GGZ voor Doven en Slechthorenden vertegenwoordigd, w.o. Lentis, Pro Persona, Doof&Co en GGMD. Het netwerk 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

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

II. Organisatie van de zorg

8. Lerend netwerk

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

- Iedere regiebehandelaar neemt aantoonbaar deel aan interprofessionele intervisie van GGMD en reflecteert minimaal twee keer per jaar op zijn werk in een zogenaamde lerend netwerk. Dit lerende netwerk bestaat uit ten minste vier andere regiebehandelaren uit twee of meer disciplines welke minimaal twee keer per jaar bijeenkomt.
- In dit lerende netwerk kunnen bijvoorbeeld casuïstiek, complicaties, benchmarks en andere inhoudelijke thema's aan de orde komen. Bij de onderlinge uitwisseling gaat het om de reflectie op de kwaliteit van indiceren en coördineren van de zorg en niet over bedrijfsmatige aspecten.
- Deelname aan het lerende netwerk is aantoonbaar via het interne zogenoemde Learning Management Systeem (LMS).
- Regiebehandelaren beschikken over relevante werkervaring en onderhouden aantoonbaar deze kennis en ervaring (LMS)
- Regiebehandelaren maken (na)scholing en werkervaring transparant voor cliënten.

9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

Stichting GGMD voor doven en slechthorenden ziet er als volgt op toe dat:

9a. Zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn:

De zorgverleners van GGMD voldoen aan de eisen die op grond van de toepasselijke regels worden gesteld aan hun bekwaamheid en bevoegdheid. De verantwoordelijkheid voor het toezicht hierop berust bij de bestuurder en in de praktijk is deze taak gedelegeerd aan managers. Zorgverleners zijn

zelf verantwoordelijk voor het op peil houden van hun bekwaamheid en bevoegdheid. Dit is onder meer vastgelegd in de Wet BIG en in het Professioneel statuut. De organisatie draagt er zorg voor dat zorgverleners hierin redelijkerwijs gefaciliteerd worden.

Het waarborgen van het bevoegd en bekwaam zijn van de zorgverleners start bij een gericht en zorgvuldig selectietraject van nieuwe medewerkers. Voor alle functies binnen de organisatie zijn functiebeschrijvingen opgesteld in het functiehuis die omschrijven aan welke vereisten (opleiding, kennis en ervaring) een medewerker moet voldoen om voor een bepaalde functie in aanmerking te komen. Deze kernprofielen zijn geënt op de landelijke vereisten die beroepsgroepen stellen aan bepaalde functies. Dit kernprofiel fungeert als toetsingskader bij het aanstellen van een nieuwe medewerker. Voor de BIG-geregistreerde functies geldt als extra vereiste dat bij aanstelling (en vervolgens jaarlijks) getoetst wordt of de betreffende kandidaat ingeschreven staat in het BIG-kwaliteitsregister. Ditzelfde geldt voor medewerkers met een benodigde SKJ-registratie. Indien deze nog niet behaald is volgt de medewerker een praktijkprogramma om de SKJ-registratie te kunnen behalen. Tenslotte is het aanleveren van een VOG die niet ouder dan 6 maanden is, een verplichte voorwaarde om te kunnen starten met werken bij GGMD.

Met betrekking tot voorbehouden handelingen in het kader van de Wet BIG, vinden binnen de organisatie alleen plaats:

- het voorschrijven van medicijnen (voorbehouden aan artsen en psychiaters) en
- het toedienen van injecties (voorbehouden aan artsen of door verpleegkundigen met een functionele zelfstandigheid).

In het document 'Medicatiebeleid' is uitgewerkt welke disciplines hiervoor bevoegd zijn en aan welke bekwaamheidseisen ze moeten voldoen. Vanuit M&O (afdeling Medewerker en Organisatieontwikkeling) worden periodiek trainingen aangeboden om de bekwaamheid van medewerkers voor deze handelingen op peil te houden. In de jaargesprekcyclus is dit een onderdeel van het gesprek.

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

Toepassing van professionele standaarden komt voort uit het Burgerlijk wetboek, artikel 453. Daarin staat dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden "de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard."

Zorgstandaarden en generieke modules vormen samen met multidisciplinaire richtlijnen, wet- en regelgeving en beroepsethiek de basis voor de zorgprofessional om tot goede zorg te komen (de professionele standaard). De zorgprofessional kan er beargumenteerd van afwijken als - naar zijn oordeel en in samenspraak met de cliënt - de belangen van de cliënt daarmee beter zijn gediend vanwege diens specifieke situatie en voorkeuren.

Een kwaliteitsstandaard beschrijft in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de cliënt, op basis van wetenschappelijke kennis, praktijkkennis en de voorkeuren en ervaringen van cliënten en naasten.

De standaarden helpen behandelaren van GGMD om samen met de cliënt keuzes te maken in de behandeling (Akwaggz - Home, 2022). De zorgstandaarden beschrijven de (landelijke) norm waaraan multidisciplinaire, integrale zorg bij psychische aandoeningen moet voldoen.

Een zorgstandaard beschrijft wat de cliënt kan verwachten. Niet alleen op het gebied van medicatie en behandeling, maar ook met aandacht voor participatie, de omgeving en de organisatie van zorg.

GGMD maakt bij het verlenen van zorg gebruik van zorgprogramma's. Deze zorgprogramma's zijn

gebaseerd op de zorgstandaarden en Landelijke Multidisciplinaire Richtlijnen. Elk zorgprogramma is opgebouwd uit meerdere modules of interventies. Het overzicht van deze modules fungeert als een soort menukaart waar cliënt en regiebehandelaar samen een individueel zorgtraject uit samenstellen. In de zorgprogramma's van GGMD staat aangegeven waar aanpassingen of aanvullingen mogelijk zijn of nodig zijn op de zorgstandaarden i.v.m. aspecten die te maken hebben met de gehoorstoornis.

Op basis van de hulpvraag en de specifieke wensen van de cliënt, de resultaten van het diagnostiektraject, de vastgestelde zorgbehoefte en de professionele deskundigheid en expertise van de regiebehandelaar gaan de cliënt en regiebehandelaar samen op zoek naar de voor die cliënt best passende zorg. Hierbij worden de principes van matched care en Shared Decision Making toegepast.

GGMD biedt diagnostiek en behandeling aan dove en (zeer) slechthorende mensen die vanwege de gehoorstoornis onvoldoende behandeld kunnen worden bij een reguliere GGZ organisatie. De beschikbaarheid van diagnostiek en behandelinterventies is afhankelijk van de beschikbaarheid van (bekwame) behandelaren. Dit kan per locatie verschillen.

Aan elke behandeling liggen zoveel mogelijk concrete, realistische en toetsbare behandeldoelen ten grondslag. Over doel, duur en inhoud van de behandeling maken behandelaar, cliënt en waar mogelijk familie en/of andere direct betrokkenen afspraken die worden vastgelegd in een behandelplan. Gepast gebruik wordt bevorderd om over- of onderbehandeling tegen te gaan. Kwaliteitsstandaarden vormen hiervoor het uitgangspunt. Om over- of onderbehandeling te voorkomen moet goede, passende diagnostiek en (door)verwijzing eenvoudig beschikbaar zijn in de hele keten. De effectiviteit van de behandeling wordt regelmatig gemeten door middel van zogenoemde Routine Outcome Monitoring (ROM). Bijvoorbeeld door gebruik van de Outcome Rating Scale (ORS). Hoe vaak dit moet plaatsvinden is stoornis- en cliëntafhankelijk. Behandelingen worden afgesloten wanneer er onvoldoende gezondheidswinst wordt behaald. Dat kan worden vastgesteld door het hanteren van criteria voor beëindiging van de behandeling, als deze zijn opgenomen in zorgstandaarden, en/of door intervisie en 'peer reviews' (beoordeling door andere professionals).

Het werken conform standaarden en richtlijnen wordt op cliëntniveau geborgd vanuit een multidisciplinair overleg (intakebespreking en behandelplanbesprekingen). Hierin staat rationele en kwalitatief goede klinische besluitvorming centraal. Op die manier sturen de disciplines die deelnemen aan deze besprekingen, gezamenlijk op de kwaliteit en doeltreffendheid van de geleverde zorg mede in relatie tot de professionele standaarden en richtlijnen.

9c. Zorgverleners hun deskundigheid op peil houden:

Zorgverleners van GGMD zijn in beginsel zelf verantwoordelijk voor het op peil houden en ontwikkelen van hun deskundigheid en bekwaamheid. Zij worden hierin redelijkerwijs gefaciliteerd door de organisatie die randvoorwaarden schept en mogelijkheden biedt op het gebied van trainingen en opleidingen en het deelnemen aan intervisie.

Het op peil houden van de kennis en bekwaamheid van zorgverleners krijgt vorm vanuit de jaarlijkse cyclus rondom het functioneren en de persoonlijke ontwikkeling van de medewerker (zie ook hieronder bij deskundigheidsbevordering). De directe leidinggevende bespreekt dit periodiek met de zorgverlener. Via het LMS (Learning Management System) kan de manager bijhouden of de medewerker alle verplichte scholing binnen GGMD gevolgd en afgerond heeft.

In de cyclus van jaar- en persoonlijke ontwikkelingsgesprekken verkennen leidinggevende en medewerker of en aan welke vormen van bijscholing en deskundigheidsbevordering behoefte is. De opleidingsvragen en ontwikkelingen binnen de organisatie en de individuele wensen van de medewerker worden hierin bijeen gebracht. Op basis van de afspraken die hieruit voortkomen wordt voor elke medewerker een individueel ontwikkelingstraject ingezet.

Binnen GGMD wordt een breed scala aan trainingen en opleidingen aangeboden waar medewerkers zich (na toestemming van hun leidinggevende) voor kunnen aanmelden. Tevens bestaat er voor

medewerkers de mogelijkheid gebruik te maken van verschillende E-learning modules. GGMD participeert op sommige locaties met opleidingscentra voor de GGZ waar psychiaters, en GZ-psychologen opgeleid worden.

10. Samenwerking

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

Ja

10b. Binnen Stichting GGMD voor doven en slechthorenden is het (multidisciplinair) overleg en de informatie-uitwisseling en -overdracht tussen indicierend en coördinerend regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren als volgt geregeld (beschrijf wat u heeft geregeld voor het uitvoeren van de (multidisciplinaire) overleggen, o.a. samenstelling, overlegfrequentie, wijze van verslaglegging):

De regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren overleggen met elkaar gedurende de behandeling ten behoeve van periodieke evaluatie van het hulp- en dienstverleningsplan bij voorkeur in aanwezigheid van de cliënt, met de daartoe noodzakelijke frequentie, op geleide van de problematiek/vraagstelling van de cliënt. De besluiten en conclusies over die afstemming tussen behandelaren uit een MDO worden vastgelegd in het dossier.

Het kan zijn dat ook andere zorgverleners binnen GGMD bij de cliënt betrokken zijn. Bijvoorbeeld wanneer er zorg geleverd wordt vanuit de WMO (woonbegeleiding of maatschappelijk werk), of zorg op grond van de Zorgverzekeringswet Zintuiglijk Gehandicapten (Zvw ZG).

Er is dan sprake van verschillende zorg- en dienstverleningsovereenkomsten met één cliënt. De zorgverleners spannen zich in om een constructieve (interdisciplinaire) afstemming of samenwerking tot stand te brengen. Hiervoor is de toestemming van de cliënt vereist en heeft de cliënt zoveel mogelijk zelf de regie. Afspraken hierover worden opgenomen in het hulp- en dienstverleningsplan.

Wanneer er verschillende zorgaanbieders gelijktijdig bij de behandeling van de cliënt betrokken zijn, is samenwerking van belang. De regiebehandelaar is goed op de hoogte van de zorg die andere professionals in gezondheidszorg en het sociale domein bieden. Dit vereist instemming van de cliënt. Afspraken hierover worden opgenomen in het behandelplan.

Een medebehandelaar is een behandelaar die bevoegd en bekwaam is, die in afstemming met de regiebehandelaar een deel van het zorgtraject uitvoert en daarbij een eigen professionele verantwoordelijkheid draagt voor het goed en doelmatig uitvoeren van zijn of haar onderdeel van de behandeling. De medebehandelaar heeft niet de rol van regiebehandelaar.

De medebehandelaar handelt in overeenstemming met de voor hem geldende professionele standaard. Hij voert zijn aandeel in de behandeling uit zoals vooraf vastgelegd in het hulp- en dienstverleningsplan, conform een zorgstandaard of zorgprogramma en conform 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 medebehandelaar in de SGGZ zijn hieronder beschreven.

- De medebehandelaar geeft binnen het kader van het behandelplan zelfstandig uitvoering aan

(delen van) het behandelplan en draagt zorg voor adequate dossiervoering;

- De medebehandelaar 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.

10c. Stichting GGMD voor doven en slechthorenden hanteert de volgende procedure voor het op- en afschalen van de zorgverlening naar een volgend respectievelijk voorliggend echelon:

Binnen elke behandeling is het mogelijk de zorg op- of af te schalen op geleide van de zorgvraag van de cliënt. Dit is mogelijk binnen elke zorgfunctie, daarnaast fungeren de verschillende zorgfuncties als een interne zorgketen en kunnen cliënten doorstromen naar een andere zorgfunctie. De beoordeling van eventuele op- of afschalen van de zorg is in ieder geval aan de orde tijdens geplande evaluaties van de zorg, maar kan ook tussentijds aan de orde zijn als een behandeling dreigt te stagneren of een (dreigende) crisissituatie ontstaat. Op grond van deze evaluatie/beoordeling kan in overleg met de cliënt en naasten besloten worden om het volgende te doen:

- Behandeling voort te zetten, met eventueel een kleine wijziging van het behandelplan. De regiebehandelaar blijft dezelfde.
- Afschalen van de zorg, bijvoorbeeld van specialistische GGZ naar GBGGZ, of van een multidisciplinaire setting naar een monodisciplinaire setting.
- Opschalen van de zorg naar een meer intensieve behandeling (specialistische GGZ en/of multidisciplinaire setting).
- Beëindigen van de behandeling, verwijzing en overdracht naar huisarts of andere zorginstelling.

10d. Binnen Stichting GGMD voor doven en slechthorenden geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de volgende escalatieprocedure:

De regiebehandelaar coördineert de afstemming tussen alle betrokken GGZ hulpverleners. Het overleg tussen de betrokkenen is gericht op overeenstemming door gezamenlijke besluitvorming. Bij verschil van inzicht over de in te stellen behandeling heeft de regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem, nadat alle betrokkenen zijn gehoord. Indien het overleg tot knelpunten in de samenwerking of uitvoering van de zorg zal leiden, wordt de casus voorgelegd aan de Geneesheer-Directeur. Deze zal uiteindelijk een beslissing nemen over de te volgen handelwijze.

Bij een verschil van inzicht tussen een regiebehandelaar GGZ en een niet-GGZ behandelaar (bijvoorbeeld een professional die werkt vanuit de Zvw ZG of WMO gefinancierde zorg), wordt de casus eveneens voorgelegd aan de Geneesheer-Directeur.

11. Dossiervoering en omgang met patiëntgegevens

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

Ja

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

Ja

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

Ja

12. Klachten en geschillenregeling

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

Link naar klachtenregeling: <https://www.ggmd.nl/wordpress/wp-content/uploads/2022/03/2022-Klachtenregeling-clienten-GGMD.pdf>

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

Naam geschilleninstantie waarbij instelling is aangesloten: Geschillencommissie Zorginstellingen
Contactgegevens: Borderwijklaan 46, 2509 LP Den Haag, 070-3105310

De geschillenregeling is hier te vinden:

Link naar geschillenregeling: <https://www.degeschillencommissiezorg.nl/komt-u-niet-tot-een-oplossing/>

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

13. Wachtijd voor intake/probleemanalyse en behandeling en begeleiding

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

Link naar wachttijden voor intake en behandeling: <https://www.ggmd.nl/aanbod/wachtlst/>

14. Aanmelding en intake/probleemanalyse

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

De binnenkomende verwijzing komt in de regel eerst binnen bij een secretariaal medewerker en wordt gecheckt op volledigheid van de informatie en rechtmatigheid van de verwijzer. Indien de informatie niet compleet is wordt nadere informatie opgevraagd bij de verwijzer.

De verwijzing wordt vervolgens inhoudelijk beoordeeld. Bekeken wordt of de verwijzing voldoet aan de aanmeldcriteria. De cliënt wendt zich tot de generalistische basis-GGZ (GBGGZ) of specialistische GGZ (SGGZ) op grond van de huidige wet- en regelgeving en op grond van een rechtmatige verwijzing. Het is de verantwoordelijkheid van de verwijzer dat de cliënt een verwijzing heeft die voldoet aan de daarvoor opgestelde normen (Rijksoverheid, besluit verwijzingen ggz, sd).

Wie mag verwijzen voor de GBGGZ en SGGZ volwassenen:

- Huisarts
- Medisch specialist (inbegrepen zijn: psychiater, specialist ziekenhuis, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten)
- Regiebehandelaar van de cliënt (bij doorverwijzing vanuit andere GGZ organisatie of eigen praktijk).
- De bedrijfsarts wordt door alle zorgverzekeraars in hun polisvoorwaarden als een geldige verwijzer beschouwd.

Wie mag verwijzen voor Kind en Jeugd GGZ – Jeugdwet:

- Huisarts
- Medisch specialist (inclusief kinderarts, Jeugdarts, AVG arts)
- Gemeente of instelling zoals CJG, Ouder Kind Team en het sociale wijkteam

Aanvullend aan de verwijzing is de gehoorstatus van de cliënt relevant voor de hulpverlening die GGMD biedt en is een audiogram nodig en gewenst. Op basis van de verwijfsbrief, aanmeldgegevens en het audiogram wordt beoordeeld of er een communicatiecheck en/of inzet van een tolk wenselijk is.

Indien er sprake is van een suïciderisico of andere redenen voor urgentie dan wordt de aanmelding omgezet in een spoedaanmelding en gelden andere voorwaarden. De huisarts bepaalt de noodzaak en urgentie van een psychiatrische beoordeling. GGMD geeft de noodzakelijke beoordeling binnen de termijn die de huisarts noodzakelijk acht. Indien dit niet mogelijk is in verband met een beperkte capaciteit, dan wordt de huisarts verzocht een beroep te doen op een lokale grote GGZ organisatie die spoedzorg (inclusief 24-uurs crisisdienst) kan bieden.

Na de inhoudelijke beoordeling neemt de secretariael medewerker contact op met de cliënt om tot een afspraak te komen voor het eerste intakegesprek. De cliënt ontvangt een (digitale) informatie-set voor het eerste intakegesprek en wordt gewezen op de mogelijkheid om zijn/haar partner of andere naaste mee te vragen bij dit eerste gesprek.

In geval van een aanmelding bij GGMD verzorgt de huisarts noodzakelijke overbruggingscontacten tot de intake. Na het intakegesprek is de regiebehandelaar van GGMD verantwoordelijk voor overbruggingscontacten tijdens een eventuele wachttijd tot behandeling. Deze regiebehandelaar maakt met de cliënt samen afspraken over hoe te handelen bij het verergeren van de klachten of een eventuele crisis in deze fase (Informatie Keten zorg bij suïcidaliteit, sd).

14b. Binnen Stichting GGMD voor doven en slechthorenden wordt de patiënt/cliënt doorverwezen naar een andere zorgaanbieder met een passend zorgaanbod of terugverwezen naar de verwijzer –indien mogelijk met een passend advies- indien de instelling geen passend aanbod heeft op de zorgvraag van de patiënt/cliënt:

Ja

15. Indicatiestelling

Beschrijf hoe de intake/probleemanalyse en indicatiestelling binnen uw instelling is geregeld (hoe komt de aanmelding binnen, hoe komt de afspraak met de patiënt/cliënt voor de intake tot stand, wie is in de intakefase de indicierend regiebehandelaar en hoe komt die beslissing tot stand (afstemming met patiënt/cliënt), waaruit bestaan de verantwoordelijkheden van de indicierend regiebehandelaar bij het stellen van de diagnose)

De intake/probleemanalyse en indicatiestellingen binnen GGMD is als volgt geregeld.

Aan het begin van de intakefase wordt aan de cliënt een regiebehandelaar toegewezen. Hierbij wordt, voor zover mogelijk, rekening gehouden met de voorkeuren van de cliënt. Deze regiebehandelaar is gedurende de intakefase aanspreekpunt voor de cliënt en diens naasten tot het moment dat de behandeling start of tot de cliënt wordt terugverwezen naar de verwijzer. De regiebehandelaar gaat tevens na of de cliënt reeds elders in behandeling is, en of de cliënt kinderen heeft waarvoor hij de zorg voor opvoeding en verzorging heeft. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de coördinatie van onderzoek en diagnostiek. Gesprekken en onderzoeken kunnen ook worden uitgevoerd door medebehandelaars.

De intake is een kennismaking tussen GGMD en cliënt. De cliënt en eventueel zijn/haar naaste beoordelen of GGMD kan voldoen aan de verwachtingen van cliënt. GGMD gaat in ieder geval na of zij een effectief en doelmatig aanbod kan formuleren dat aansluit op de zorgbehoefte, wensen en mogelijkheden van de cliënt. De zorgbehoefte wordt bepaald en er wordt een diagnose gesteld. Op basis hiervan wordt samen met de cliënt bepaald welke vorm van behandeling het meest in aanmerking komt. Het proces dat hiervoor doorlopen wordt is in de regel als volgt.

Op de dag van het intakegesprek vindt eerst een aanmeld- of inschrijfgesprek plaats. Hier worden enkele administratieve gegevens gecheckt (zoals het BSN en de verzekeringsgegevens). Voorafgaand of tijdens de intake wordt ook de Routine Outcome Monitoring (ROM) uitgelegd en wordt een eerste ROM-onderzoek afgenomen, dan wel verstuurd via e-mail. ROM is een manier om het effect van een behandeling te meten. Het intakegesprek wordt uitgevoerd door de regiebehandelaar en/of een medebehandelaar onder verantwoordelijkheid van een indicierend regiebehandelaar (gz-psycholoog of psychiater). Zo nodig wordt aanvullend diagnostisch onderzoek gedaan om te kunnen bepalen welke behandelvorm het meest passend is. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het (doen) stellen van de diagnose en de zorgvraagtypering (Zorgprestatie model - patiëntfolder, 2022), waarbij de cliënt ook daadwerkelijk is (mede)beoordeeld door de regiebehandelaar via direct contact met de cliënt. De cliënt heeft te allen tijde de mogelijkheid een andere zorgverlener te consulteren als hij dit wenst, of als er een wettelijke basis voor is. De regiebehandelaar binnen de generalistische basis GGZ is tevens verantwoordelijk voor het (doen) stellen van het cliëntprofiel generalistische basis GGZ. Er vindt een communicatiecheck plaats bij cliënten die doof of slechthorend zijn.

Op basis van de informatie die verzameld is in het intakegesprek, de uitkomsten van de ROM-meting, de communicatiecheck en het eventuele vervolgonderzoek stelt de regiebehandelaar voor de cliënt een eerste behandeladvies op. Dit behandeladvies met indicatiestelling wordt besproken en getoetst in het Multidisciplinaire Overleg (MDO) van de betreffende GGMD locatie en de resultaten hiervan worden, onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar, besproken met de cliënt.

Op basis hiervan maken de cliënt en de regiebehandelaar, of een medebehandelaar in de rol van zorgcoördinator, gezamenlijk een keuze voor het te volgen behandeltraject.

16. Behandeling en begeleiding

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

De cliënt wordt na de intakefase toegewezen aan een zorgprogramma en een regiebehandelaar voor de behandel fase. Soms is dit dezelfde regiebehandelaar als in de intakefase, maar afhankelijk van de gekozen behandelvorm kan dit ook een andere regiebehandelaar zijn. In de terugkoppeling worden ook duidelijke afspraken gemaakt wie tot aan de start van de behandeling aanspreekpunt is voor de cliënt en over wat te doen indien tussentijds de klachten verergeren. 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/zij krijgt een heldere omschrijving van de relevante behandelopties, van het doel hiervan, van de kans op succes en van de mogelijke risico's en neveneffecten (zoals pijn, hinder of sociale gevolgen), mede aan de hand van eventuele eerdere ervaringen van de cliënt. Mocht de cliënt niet direct na diagnostiek in behandeling worden genomen, dan is de regiebehandelaar van de intakefase de eerstverantwoordelijke voor de zorg van de cliënt. De verwijzer wordt, tenzij de cliënt hiervoor geen toestemming geeft, geïnformeerd over het voorgestelde behandeltraject.

GGMD in het algemeen en de regiebehandelaar in het bijzonder, als centraal aanspreekpunt voor de cliënt tijdens de behandeling, stelt in overeenstemming met de professionele standaard samen met de cliënt en eventueel zijn naasten, een behandelplan (hulp- en dienstverleningsplan) op. Hierna kan de behandeling worden gestart.

De cliënt wordt in formele zin gevraagd om in te stemmen met het voorgestelde hulp- en dienstverleningsplan. Deze instemming is voorwaarde om te kunnen starten met de behandeling en wordt vastgelegd in het EPD. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het vaststellen van het hulp- en dienstverleningsplan nadat instemming van de cliënt is verkregen op basis van het voorgestelde hulp- en dienstverleningsplan.

De cliënt ontvangt indien gewenst een kopie van het hulp- en dienstverleningsplan voor eigen gebruik. Het hulp- en dienstverleningsplan blijft gedurende de behandeling en begeleiding ter beschikking van de cliënt. De cliënt heeft te allen tijde, zowel tijdens als na de behandeling en begeleiding, recht op inzage en verstrekking van een kopie van het behandelplan. Cliënt heeft bovendien desgewenst recht op vernietiging van het behandelplan.

Bij kinderen jonger dan 12 jaar geldt: er is instemming indien alle wettelijk vertegenwoordigers instemmen, en er geldt verzet indien minimaal één van de vertegenwoordigers verzet heeft. Bij kinderen van 12 tot 16 jaar geldt: er is instemming indien betrokkene en de wettelijk vertegenwoordigers instemmen, er is verzet indien één (of meerdere) van deze mensen zich verzet(ten).

Bij kinderen en jeugd van 16 jaar en ouder geldt: er is instemming of verzet indien betrokkene instemt, dan wel verzet heeft. Indien de betrokkene wilsonbekwaam is geldt dat diens wettelijk vertegenwoordiger instemt of verzet geeft. Bij verzet tegen noodzakelijke zorg is de Wet verplichte GGZ van toepassing, zie paragraaf over Psychiater (wet BIG, art. 14).

Familie en andere naasten in het systeem (de naaste omgeving) van de cliënt zijn vaak een belangrijke factor in diens leven, en dus ook in de behandeling en begeleiding. Daarom is ondersteuning van en samenwerking met de familie en naasten belangrijk. De generieke module 'Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen psychische problematiek' (ggzstandaarden.nl, 2022), biedt hiervoor het kader van waaruit gewerkt wordt, inclusief expliciete toestemming van de cliënt voor het betrekken van naasten bij de behandeling en begeleiding.

Binnen de GGZ zorg voor kinderen en jeugdigen is de samenwerking met, en de betrokkenheid van, de ouders en het systeem een randvoorwaarde voor het leveren van goede zorg. Ook in de leeftijdsgroep 16 tot 18 jaar is het uitgangspunt dat wordt samengewerkt met ouders en het systeem. Alleen in uitzonderingsgevallen kan hiervoor worden afgeweken indien cliënt, regiebehandelaar en medebehandelaren dit nodig achten.

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

Indien meerdere zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening aan een cliënt is het van belang dat één van hen het zorgproces regisseert. Dit is de regiebehandelaar. Indien zorg door één zorgverlener wordt verleend, is deze per definitie de regiebehandelaar. GGMD maakt vooralsnog geen onderscheid tussen een indicerend en coördinerend regiebehandelaar in de zin van dat beide rollen in een persoon gebundeld worden: de regiebehandelaar.

De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor het integrale behandelproces en is als zodanig beschikbaar en bereikbaar als centraal aanspreekpunt voor de cliënt, diens naasten en eventuele wettelijke vertegenwoordigers en andere betrokkenen. Natuurlijk kunnen ook andere behandelaren, die betrokken zijn bij de behandeling van de cliënt, een aanspreekpunt zijn voor de zorg die zij verlenen.

De regiebehandelaar heeft direct contact (face to face, beeldbellen, telefonisch) met de cliënt en is verantwoordelijk voor samenhang en volledigheid van het behandelproces zonder andere betrokken behandelaren te ontheffen van hun eigen professionele verantwoordelijkheden.

Een regiebehandelaar beschikt, gegeven de aard van de zorgvraag en de setting waarin de zorg verleend wordt, over relevante inhoudelijke deskundigheid en voldoet in ieder geval aan de volgende voorwaarden:

- academische opleiding (of een opleiding van vergelijkbaar niveau), welke onderworpen is aan een systeem van (her)accreditatie en/of voorziet in gerichte bij- en nascholing (NLQF7)
- BIG-registratie
- relevante werkervaring
- periodieke deelname aan een vorm van intervisie en intercollegiale toetsing.

De regiebehandelaar zorgt ervoor dat besluitvorming op cruciale momenten in de behandeling plaats vindt, in het behandelteam wordt afgestemd en getoetst en wordt vastgelegd. Hij of zij ziet er tevens op toe dat de cliënt en familie en/of andere direct betrokkenen hierbij betrokken worden (voor zover mogelijk en gewenst). Dit is het geval bij:

- het vaststellen van de diagnose, de zorgbehoefte en de zorgvraagtypering
- het vaststellen van het hulp- en dienstverleningsplan
- de evaluatie en wijziging van het hulp- en dienstverleningsplan
- een (dreigende) crisis
- de afsluiting van de behandeling.

Verantwoordelijkheden regiebehandelaar

- het (laten) opstellen, vaststellen, (laten) uitvoeren en evalueren van het hulp- en dienstverleningsplan
- een goede communicatie met de cliënt, familie en/of andere direct betrokkenen over het beloop van de behandeling
- de coördinatie van de behandeling en afstemming van verrichtingen of activiteiten, indien er meerdere zorgverleners betrokken zijn
- kennis van de voor de behandeling passende bevoegdheid en bekwaamheid van medebehandelaren
- een dossiervoering die voldoet aan de gestelde eisen.

Taken van de regiebehandelaar

- Verantwoordelijkheid dragen voor de regie over en de samenhang en volledigheid van het zorgproces
- Centraal aanspreekpunt zijn in het behandelproces voor alle betrokkenen
- Het samen met de cliënt en eventueel met andere behandelaren (waar nodig ook de verwijzer) in kaart brengen van de problematiek.
- De afweging maken of de zorgvraag van de cliënt en de complexiteit van de situatie aansluiten bij het beschikbare zorgaanbod. Als bij de betreffende zorgaanbieder geen passend aanbod is, verwijst de regiebehandelaar terug naar de huisarts of adviseert hij een andere zorgaanbieder met een beter passend zorgaanbod (bijvoorbeeld een andere specifieke deskundigheid).
- Vaststellen van de diagnose, de zorgbehoefte en de zorgvraagtypering
- Vaststellen van (wijzigingen in) het hulp- en dienstverleningsplan
- Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling en begeleiding heeft de regiebehandelaar de doorslaggevende stem. Dit gebeurt altijd in samenspraak en met instemming met de cliënt, tenzij dit niet mogelijk is op basis van de vigerende wet- en regelgeving voor onvrijwillige of verplichte zorg.
- Mocht de cliënt niet direct na diagnostiek in behandeling kunnen worden genomen, dan is de regiebehandelaar de eerstverantwoordelijke zorgverlener voor de zorg van de cliënt in de tussentijdse periode. De regiebehandelaar gaat hierbij na welke tussentijdse zorg nodig en mogelijk is voor de cliënt.
- Toezien op de uitvoering van de behandeling door medebehandelaren conform de professionele standaard
- Zich laten informeren door de medebehandelaren, zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de cliënt.
- Toetsen of de activiteiten van anderen bijdragen aan de behandeling van de cliënt en passen binnen het door de regiebehandelaar vastgestelde hulp- en dienstverleningsplan.

- Accorderen en vaststellen van schriftelijke informatie aan de verwijzer
- De regiebehandelaar en de andere betrokken behandelaren hebben in persoonlijk contact en/of in teamverband, zo mogelijk in aanwezigheid van de cliënt, periodiek overleg ten behoeve van evaluatie van het hulp- en dienstverleningsplan. Dit vindt met de daartoe noodzakelijke frequentie op geleide van de problematiek/vraagstelling van de cliënt, doch minimaal éénmaal per jaar en/of bij voorgenomen ontslag plaats.
- Op- en afschalen van de zorgintensiteit als onderdeel van de behandel-evaluatie
- Monitoren en organiseren van extra reflectiemomenten (bijvoorbeeld bij ingrijpende veranderingen of complicaties).
- Bijstellen, overdragen of beëindigen van de behandeling en begeleiding en aanpassen van het behandelplan, als blijkt dat de behandeling en begeleiding niet meer helemaal passend is. In afstemming met de cliënt.
- Schriftelijk terugkoppelen aan de verwijzer als de behandeling en begeleiding zijn beëindigd. Hiervoor moet expliciete toestemming worden gegeven door de cliënt.
- Openen en beëindigen van de zorgprestatie en vastleggen ervan in het dossier
- Toezien op inhoudelijk adequate dossiervoering. Andere betrokken zorgverleners hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering.
- De regiebehandelaar is onderdeel van een lerend netwerk, zie ook paragraaf 5.0 over het Lerend netwerk regiebehandelaren.

De regiebehandelaar heeft als centraal aanspreekpunt de volgende taken:

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

Deeltaken die de regiebehandelaar kan delegeren aan een medebehandelaar (al dan niet in de rol van zorgcoördinator)

- onderdelen van de diagnostiek
- formuleren van de diagnose en zorgbehoefte
- uitleg geven over de diagnose
- uitleg geven over de prognose en het behandelproces
- opstellen van het hulp- en dienstverleningsplan
- verkrijgen van instemming van de cliënt
- opstellen van een brief aan huisarts/verwijzer
- maken van afspraken met andere zorgaanbieders over samenwerking in de behandeling
- geven van inzage in het cliëntdossier
- opstellen van afspraken in geval van crisis
- bespreken van de resultaten van de behandeling met de cliënt
- toezien op de bekwaamheid en bevoegdheid van medebehandelaren
- toezien of het cliëntdossier voldoet aan zorgprestatie-eisen.
- het uitzetten van ROM vragenlijsten en een cliënttevredenheidsmeting aan de cliënt.

Indien de regiebehandelaar deeltaken delegeert aan een medebehandelaar, wordt dit besproken met de cliënt en vastgelegd in het dossier.

De verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen regiebehandelaar en medebehandelaren is vastgelegd in het Professioneel Statuut strokend met onderhavige kwaliteitsstatuut.

Een wisseling van regiebehandelaar

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 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
- de regiebehandelaar gedurende langere tijd niet, of niet meer beschikbaar is (bijvoorbeeld in geval van ziekte, overplaatsing of ontslag).
- op verzoek van de cliënt (met redenen omkleed)
- op verzoek van regiebehandelaar GGMD (met redenen omkleed)

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

Waarneming tijdens afwezigheid van een regiebehandelaar, en handelen bij crisis of spoed
 Binnen kantoor tijd neemt cliënt contact op met GGMD en wordt gehandeld volgens het spoedprotocol van GGMD. Er is een landelijk rooster voor waarneming op afstand (telefonisch of eventueel beeldbellen). Buiten kantoor tijd moeten cliënten in geval van spoedeisende zorg (in geval van crisis) contact opnemen met de huisartsenpost, en wordt zo nodig een lokale crisisdienst van een grotere GGZ-organisatie ingezet.

In het hulp- en dienstverleningsplan (behandelplan) van GGMD staan de volgende zaken:

- Wie de regiebehandelaar is.
- Wie het aanspreekpunt van cliënt is. Cliënt heeft het recht op de regiebehandelaar als centrale aanspreekpunt. In praktijk kan op grond van diverse overwegingen een medebehandelaar ook als aanspreekpunt voor de cliënt fungeren.
- Doelen van de behandeling en begeleiding voor een bepaalde periode, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.
- De wijze waarop de zorgverleners en de cliënt de gestelde doelen trachten te bereiken
- Een beschrijvende diagnose en een classificatie volgens de DSM 5 (het diagnostisch en statistisch handboek van psychiatrische aandoeningen).
- Behandelmodules en beoogde duur
- De periode van evaluatie
- Wie bij de zorgverlening betrokken is en wie waarvoor verantwoordelijk is
- Instemming van de cliënt (zogenoemde 'informed consent').
- Afspraken over de wijze van afstemming tussen meerdere zorgverleners
- Afspraken over gegevensuitwisseling
- Eventuele crisisafspraken
- Aanwezigheid van 'Eén-gezin-één-plan'

De landelijke zorgstandaarden (kwaliteitsstandaarden voor de ggz, 2022), waarvan sommige vertaald zijn naar een zorgprogramma van GGMD, zijn richtinggevend voor de beschikbare behandelopties. Ook is hierin bepaald welke disciplines (beroepen) gekwalificeerd zijn voor de uitvoering van deze modules. Binnen deze bandbreedte maken cliënt en de regiebehandelaar gezamenlijk een keuze voor het best passende aanbod voor de cliënt. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de principes van Samen Beslissen (Patiëntenfederatie, Samen Beslissen, 2022). De cliënt wordt gevraagd naar de eigen persoonlijk voorkeuren, en wordt goed geïnformeerd over de voor en tegens van de verschillende behandelopties, de kansen op succes en de eventuele risico's en bijwerkingen ervan. Zo kiezen behandelaar en cliënt gezamenlijk de voor de cliënt meest geschikte behandelopties.

16c. De voortgang van de behandeling wordt binnen Stichting GGMD voor doven en slechthorenden als volgt gemonitord (zoals voortgangsbespreking behandelplan, evaluatie, vragenlijsten, ROM):

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. Hierbij zijn de

uitgangspunten van gepast gebruik en termijnen zoals genoemd in de zorgstandaarden, die passen bij de zorgbehoefte van de cliënt, van toepassing. Input voor deze bespreking vormen de ROM-behandelresultaten en de evaluatie/voortgangsbespreking van de behandeling door de cliënt en de betrokken behandelaren. Indien de behandeling wordt bijgesteld leidt dit tot een hernieuwd behandelplan dat met de cliënt wordt afgestemd (informed consent). De keuze om op- of af te schalen in de zorg is een vast onderdeel van deze periodieke behandel-evaluatie. Wanneer blijkt dat er onvoldoende toegevoegde waarde is van de behandeling, kan de behandeling worden bijgesteld, overgedragen of beëindigd. Indien het nodig is de behandeling bij te stellen leidt dit tot een hernieuwd hulp- en dienstverleningsplan dat met de cliënt wordt afgestemd.

Er is altijd een psychiater betrokken bij de intake (diagnostiek) en bij een jaarlijkse evaluatie binnen de specialistische GGZ. Er is altijd een psychiater betrokken bij evaluaties in het multidisciplinaire overleg wanneer er sprake is van:

- een non-respons op de behandeling
- bij voorgenomen ontslag (einde behandeling)
- op indicatie op verzoek van de regiebehandelaar of een bij de behandeling betrokken hulpverlener.
- gevaar voor anderen of voor de cliënt (waaronder suïcidaal en agressief gedrag)
- indien medisch coördinerende zorg nodig is bij verdenking op somatische problematiek
- indien verplichte zorg overwogen of geboden wordt (in het kader van de Wvvgg of Wgbo)
- indien er sprake is van een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding.

16d. Binnen Stichting GGMD voor doven en slechthorenden reflecteert de coördinerend regiebehandelaar samen met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling als volgt (toelichting op wijze van evaluatie en frequentie):

De (coördinerend) regiebehandelaar monitort voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling en begeleiding samen met de cliënt en eventueel zijn naasten en brengt conclusies daarover in, in een terugkerend multidisciplinair overleg dan wel een behandelplaneluatie om op- of afschalen dan wel aanpassing of beëindiging van het behandeltraject vorm te geven, indien nodig. Bij het vaststellen van de zorgbehoefte staat de hulpvraag van de cliënt centraal. Uitgangspunten bij het bieden van zorg zijn regie vanuit de cliënt en gezamenlijke besluitvorming. GGMD legt de wensen en voorkeuren van een cliënt ten aanzien van de zorg vast in het dossier.

De wensen en voorkeuren van betrokkene ten aanzien van de zorg worden voor zover redelijk en uitvoerbaar gehonoreerd, tenzij (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, 2022):

- Betrokkene wilsonbekwaam is m.b.t. het betreffende onderwerp op het betreffende moment.
- Acut levensgevaar voor betrokkene dreigt.
- Er een aanzienlijk risico voor een ander is op levensgevaar, ernstig lichamelijk letsel, ernstige psychische, materiële-, immateriële of financiële schade, ernstige verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang, of om ernstig in zijn ontwikkeling te worden geschaad.
- De algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.

16e. De tevredenheid van patiënten/cliënten wordt binnen Stichting GGMD voor doven en slechthorenden op de volgende manier gemeten (wanneer, hoe):

De tevredenheid van cliënten wordt jaarlijks, en bij afsluiting van een zorgtraject, gemeten. Een CQI- vragenlijst (Consumer Quality Index, een meetinstrument waarmee zorgaanbieders ervaringen van cliënten in kaart kunnen brengen) wordt digitaal vanuit het cliëntdossier naar de cliënt gestuurd. De gegevens worden geanonimiseerd verwerkt en gebruikt voor kwaliteitsverbetering van de zorg. De uitkomsten worden op teamniveau verwerkt en teruggekoppeld aan de behandelteams. De resultaten worden ook in de vakgroepen (psychiaters en psychologen) besproken in het kader van kwaliteitsverbetering.

Binnen de SGGZ voor Kinderen en jeugd wordt gebruik gemaakt van een separate vragenlijst om de cliënttevredenheid in kaart te brengen.

17. Afsluiting/nazorg

17a. De resultaten van de behandeling en begeleiding en de mogelijke vervolgstappen worden als volgt met de patiënt/cliënt en diens verwijzer besproken (o.a. informeren verwijzer, advies aan verwijzer over vervolgstappen, informeren vervolghandelaar, hoe handelt instelling als patiënt/cliënt bezwaar maakt tegen informeren van verwijzer of anderen):

De behandeling wordt afgesloten met een afrondend eindgesprek door de regiebehandelaar of een medebehandelaar met de cliënt. Indien wenselijk en in overleg met de cliënt wordt ook de naastbetrokkene van de cliënt hiervoor uitgenodigd. In dit eindgesprek wordt stil gestaan bij de wijze waarop de cliënt de behandeling ervaren heeft en worden afspraken gemaakt over de benodigde nazorg en het eventuele vervolgtraject. Ook wordt met de cliënt besproken op welke wijze hij/zij weer contact op kan nemen met GGMD op het moment dat er sprake is van een terugval en de klachten weer toenemen. Indien de behandeling elders wordt voortgezet draagt de regiebehandelaar (indien de cliënt hier toestemming voor geeft) zorg voor een zorgvuldige overdracht van cliëntgegevens aan de nieuwe verantwoordelijke behandelaar.

De huisarts/verwijzer wordt geïnformeerd over de resultaten van de behandeling, de afsluiting ervan en eventuele afspraken over de voorgenomen vervolgstappen, indien de cliënt daarvoor toestemming geeft.

Bezwaar tegen afsluiting van de behandeling zal op grond van goed hulpverlenerschap met de vereisten van het kunnen beëindigen van de behandelovereenkomst in het kader van de wgbo afgewogen worden tegen de doelmatigheid en veiligheid van het voortzetten van de behandeling.

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

Bij een crisis of terugval na afsluiting van de behandeling, kunnen cliënten en/of naasten contact opnemen met GGMD voor een hernieuwde aanmelding.

IV. Ondertekening

Naam bestuurder van Stichting GGMD voor doven en slechthorenden:

H. F. M. van Oldeniel

Plaats:

Utrecht

Datum:

20 juni 2022

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

Ja

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

Een afschrift/kopie van het binnen de instelling geldende kwaliteitscertificaat (HKZ/NIAZ/JCI en/of ander keurmerk);

Zijn algemene leveringsvoorwaarden;

Het binnen de instelling geldende professioneel statuut, waar de genoemde escalatie-procedure in is opgenomen.