

Kwaliteitsstatuut Lievegoed

Toelichting

Vanaf 1 januari 2017 zijn zorgaanbieders in de GGZ in de Zorgverzekeringswet verplicht om een kwaliteitsstatuut te hebben. Een kwaliteitsstatuut maakt inzichtelijk hoe de zorgaanbieder zorg draagt voor de juiste hulp, op de juiste plaats, door de juiste zorgprofessionals en binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk geleverd wordt. Daarin is onder meer vastgelegd wie als regiebehandelaar op mag treden.

Het kwaliteitsstatuut geeft de patiënt inzicht in de inhoud en verloop van de verschillende fasen van de zorgverlening, zodat deze zich een beeld kan vormen wat hem te wachten staat en wat van hem verwacht wordt. Dit inzicht helpt de patiënt te beoordelen of hij goede en passende zorg krijgt en ondersteunt zijn deelname aan de gezamenlijke besluitvorming in het behandelproces.

In het kwaliteitsstatuut beschrijft Lievegoed hoe de integrale zorg voor patiënten binnen de generalistische basis-GGZ en de gespecialiseerde GGZ is georganiseerd. In het bijzonder de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken zorgverleners en hun onderlinge verhoudingen.

Aan het kwaliteitsstatuut ligt een aantal uitgangspunten ten grondslag:

- Lievegoed heeft de zorgverlening zo ingericht, dat de eigen kracht en de regie van de patiënt zoveel mogelijk worden gestimuleerd. Leidende principes zijn gezamenlijke besluitvorming (*shared decision making*), herstelondersteunende zorg en zorg op maat (*matched care, personalized medicine*).
- Lievegoed heeft de zorgverlening zo ingericht, dat wet- en regelgeving over privacy en medisch beroepsgeheim zijn geborgd.
- Wettelijk geregelde verantwoordelijkheden en bevoegdheden worden te allen tijde in acht genomen.
- De kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening is inzichtelijk en toetsbaar. De zorgverleners van Lievegoed leven de professionele standaard na die van toepassing zijn op hun werkveld.
- Het kwaliteitsstatuut is ingebed in het elektronisch patiëntdossier waardoor het verloop van het zorgproces en de deling van verantwoordelijkheden voor alle betrokken zorgverleners inzichtelijk zijn.

Het kwaliteitsstatuut is van kracht voor de generalistische basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ binnen de Zorgverzekeringswet. Waar de behandeling voor patiënten binnen de generalistische basis-GGZ afwijkt van de gespecialiseerde GGZ is dit expliciet in dit kwaliteitsstatuut aangegeven.

Het kwaliteitsstatuut is vastgelegd in de publieke regelgeving en te vinden op de websites van Lievegoed. Voor patiënten, hun familie en andere naastbetrokkenen is laagdrempelige, toegesneden informatie over het kwaliteitsstatuut beschikbaar.

Lievegoed vindt de betrokkenheid van familie en andere naastbetrokkenen van de patiënt bij de behandeling van essentieel belang. Zij worden daarom vanaf het begin van de zorgverlening in samenspraak met de patiënt waar mogelijk betrokken. Voor de leesbaarheid is ervoor gekozen dit in de tekst niet steeds expliciet aan te geven. Om dezelfde reden wordt verwezen naar de patiënt en de behandelaar in de mannelijke vorm. Waar hij c.q. zijn staat, mag ook hij/zij c.q. zijn/haar gelezen te worden. Voor patiënt mag ook cliënt gelezen worden.

I. Algemene informatie

1. Gegevens ggz-aanbieder

Naam instelling: Lievegoed
Hoofdadres: Professor Bronkhorstlaan 24, 3723 MB Bilthoven
Contactgegevens: 030 2255555,
Website: <https://www.lievegoed.nl>
KvK: 30223411
AGB-code: 06290612

Het kwaliteitsstatuut is van toepassing voor alle GGZ afdelingen van Lievegoed

Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt

Naam: Hilde Hooijman, bestuurder
Emailadres: HHooijman@lievegoed.nl
Telefoonnummer: 030-2255509

2. Locaties

Lievegoed werkgebied

Biedt gespecialiseerde GGZ en basis GGZ op diverse locaties in de regio/omgeving van Haarlem, Den Haag, Amsterdam, Utrecht en Wageningen.

Een overzicht van de locaties is te vinden op de website van Lievegoed:

3. Beschrijving zorgaanbod en professioneel netwerk

3.1 Behandelvisie

Lievegoed wil de mens als geheel bekijken en behandelen. Met een persoonlijke benadering in een harmonieuze omgeving, met ruimte voor spiritualiteit en creativiteit op antroposofische grondslag. Lievegoed wil dat iedere patiënt zich goed bejegend, gehoord, begrepen, behandeld en begeleid voelt. De patiënt krijgt informatie welke zorg geboden wordt en welke keuzes er zijn. Met de patiënt gaat de behandelaar na welke hulp noodzakelijk is en welke specifieke bijdrage Lievegoed kan leveren. Zie verder het visiedocument 2016-2020 (bijlage).

Als specialist in geestelijke gezondheid draagt Lievegoed bij aan de kwaliteit van leven van mensen. Met de best mogelijke én betaalbare specialistische en op de patiënt toegesneden hulp: psychomedische behandeling en begeleiding, met aandacht voor lichaam, geest en omgeving. Zo vroeg en dichtbij, zo licht en kort als mogelijk, en waar nodig intensiever, zwaarder en langduriger. En indien noodzakelijk ook dwingend. Onze kernwaarden zijn aandacht, gastvrijheid, ontmoeten en ontwikkelen.

Lievegoed gaat uit van ieders unieke sociale en culturele achtergrond, omgeving, persoonlijkheid, behoeften en mogelijkheden. Van de eigen kracht van iedere patiënt en zijn omgeving en van iedere medewerker. Met professionals die weten wat hun kracht is en die samen hun verantwoordelijkheid nemen. Zij stellen zich op als partner. Allereerst voor de

patiënt zelf, maar ook voor iedereen in het netwerk om hem heen die steun kan bieden, zoals familie en andere naastbetrokkenen, huisartsen, andere instellingen.

3.2 Zorgaanbod

Het palet van Lievegoed aan hulpverlening bij psychische problematiek is breed en bestaat uit:

- diagnostiek;
- kortdurende generalistische behandeling;
- specialistische behandeling voor mensen met psychische stoornissen, waaronder verslaving ;
- ondersteuning, waaronder psycho-educatie voor mantelzorgers, familie en andere naastbetrokkenen;

Lievegoed biedt zorg zowel individueel als in groepen.

Meer gedetailleerde informatie over het zorgaanbod is te vinden op de website van Lievegoed (<https://www.lievegoed.nl>). Hier kunnen patiënten en verwijzers informatie krijgen over het zorgaanbod voor specifieke psychiatrische problemen, verslavingen en stoornissen. Ook is tijdens kantooruren informatie over het zorgaanbod op te vragen (030 2255555 of info@lievegoed.nl).

Het zorgaanbod van Lievegoed is grotendeels in behandelprogramma's georganiseerd. Een behandelprogramma is een samenhangend geheel van standaard- en optionele modules voor behandeling en/of begeleiding, therapievormen en interventies voor een specifieke groep stoornissen of een specifieke groep patiënten.

De feitelijke behandeling wordt uitgaande van deze behandelprogramma's vastgesteld op basis van de aandoening, het profiel van de patiënt, het ontwikkelingsstadium van de aandoening en de hersteldoelen van de patiënt. Elke patiënt heeft daarbinnen zijn eigen pad of traject. Bevoegde en bekwame zorgverleners voeren de behandeling uit. Hierbij wordt de professionele standaard gevolgd of gemotiveerd daarvan afgeweken. Daarnaast is het mogelijk om bij Lievegoed aanvullende antroposofische behandeling te krijgen. Informatie hierover is tevens te vinden op de website van Lievegoed.

De behandeling is gefaseerd opgebouwd en doorgaans met een duidelijk begin- en eindpunt. Aan elke behandeling liggen concreet, realistisch en toetsbaar geformuleerde behandeldoelen ten grondslag.

Elke behandeling bestaat uit een combinatie van standaard- en optionele behandelmodules. De optionele behandelmodules worden op indicatie aangeboden. De antroposofische behandel mogelijkheden zijn vaak op indicatie. Over doel, duur en inhoud van de behandeling maken patiënt en behandelaar afspraken die worden vastgelegd in een behandelplan.

Behandelprogramma's worden periodiek geëvalueerd. Bij deze evaluatie worden recente ontwikkelingen in de professionele standaard, maar ook geaggregeerde interne meetgegevens over de effectiviteit en efficiëntie van het behandelprogramma (waaronder de uitkomst van Routine Outcome Monitoring (ROM)) en de patiënttevredenheid betrokken.

Lievegoed maakt daarbij gebruik van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van behandeling en de ontwikkeling van nieuwe behandelvormen. Er is hierbij nauwe samenwerking met de Parnassia Groep.

3.3 Professioneel netwerk

De zorg is georganiseerd in kleinschalige, multidisciplinaire samenwerkingsverbanden (verder: teams) van zorgverleners die weten wat hun kracht is en samen verantwoordelijkheid nemen. Deze teams dragen in toenemende mate zelf verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg. De samenstelling van de teams varieert ook met de behandelsetting, maar altijd is er een psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog aan verbonden.

Werkend vanuit een herstelgerichte visie op de zorg hecht Lievegoed veel waarde aan de inbreng van ervaringsdeskundigen. Ervaringsdeskundigheid is het vermogen om op grond van eigen herstellervaring voor anderen ruimte te maken voor herstel. Een aantal ervaringsdeskundigen is als ervaringswerker in dienst bij Lievegoed en maken deel uit van behandelteams.

Collegiale uitwisseling, toetsing en advies zijn hoekstenen in het opstellen van behandelplannen en het uitvoeren en evalueren van de behandeling. Zorgverleners overleggen met collega's over de inhoud en verloop van de behandeling van hun patiënten.

Door de instelling heen zijn er daarnaast professionele netwerken zowel disciplinegewijs als themagewijs. Deze netwerken staan in het teken van collegiale uitwisseling en advies, van spreiding en verdieping van professionele kennis.

4. Behandelsettingen

Lievegoed biedt generalistische basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ.

4.1 behandelsettingen generalistische basis-GGZ

Lievegoed biedt patiënten met lichte tot matige, niet complexe psychische aandoeningen diagnostiek en behandeling in de navolgende vormen van zorg, waarbij de genoemde beroepsgroepen als regiebehandelaar kunnen optreden.

- Ambulante psychiatrie
 - klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog, verpleegkundig specialist
- Ambulante Verslavingszorg
 - klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog, verpleegkundig specialist, verslavingsarts KNMG

Voor teams in de generalistische basis-GGZ is altijd een psychiater of klinisch psycholoog beschikbaar voor advies of consultatie.

4.2 Behandelsettingen gespecialiseerde GGZ

Lievegoed biedt patiënten met (zeer) complexe psychische aandoeningen diagnostiek en behandeling in de navolgende vormen van zorg, waarbij de genoemde beroepsgroepen als regiebehandelaar kunnen optreden,

- Ambulante Psychiatrie
 - psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog, verpleegkundig specialist
- Klinische Psychiatrie
 - psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog, verpleegkundig specialist

Toelichting bij ambulante en klinisch zorg:

In geval van acute crisisinterventie is de regiebehandelaar altijd een psychiater of klinisch psycholoog.

In overleg kan een ambulante regiebehandelaar ook gedurende de opname regiebehandelaar blijven.

- Verslavingszorg (klinisch/ambulant)
 - psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog, verpleegkundig specialist, verslavingsarts KNMG

Toelichting:

In geval van verslaving zonder comorbiditeit met ernstige, meervoudige psychiatrische stoornissen kan bij opname een verslavingsarts regiebehandelaar blijven.

Voor nadere toelichting zie overzicht Regiebehandelaren en patiëntengroepen (bijlage).

4.3 Structurele samenwerkingspartners

Lievegoed beschikt over een brede behandelinfrastructuur en werkt in de regio's west, midden en oost Nederland. Daardoor variëren samenwerkingsverbanden per regio.

Lievegoed ziet zich als onderdeel van de lokale en regionale zorgketen en werkt samen met andere zorgaanbieders en gemeenten. Vanwege het feit dat cliënten vanuit het hele land verwezen worden naar Lievegoed zijn afspraken gemaakt met de partners in de zorgketen om continuïteit van behandeling en spoedeisende hulp te kunnen borgen.

Lievegoed werkt altijd samen met huisartsen en betreft indien de patiënt daarmee instemt, de huisarts bij de behandeling. In geval van bemoeizorg, spoedeisende zorg of opname in het kader van de Wet BOPZ kan hiervan afgeweken worden. Dit doet Lievegoed door de huisarts periodiek (minimaal éénmaal per jaar) te informeren over de behandeling, in ieder geval na de intake en bij afsluiting van de behandeling. In het verslag wordt minimaal opgenomen: diagnose, inhoud en verloop van de behandeling, actuele gezondheidssituatie en vervolgbeleid c.q. advies en (eventuele) vervolgbehandeling.

Indien Lievegoed binnen haar eigen behandelinfrastructuur lokaal niet de juiste behandeling kan bieden, werkt zij samen met andere zorgaanbieders en/of draagt de behandeling over aan een andere zorgaanbieder die wel gepaste behandeling kan bieden. Dit wordt altijd met de patiënt besproken. Lievegoed ziet toe op een adequate overdracht van de patiënt naar een andere zorgaanbieder. Dit vindt in ieder geval schriftelijk plaats, en kan, afhankelijk van de ernst en complexiteit van de problematiek, zo nodig ook mondeling plaatsvinden.

De onderdelen van Lievegoed hebben met politie, gemeenten en andere zorginstellingen in hun regio afspraken gemaakt over de wijze waarop acute zorg bij psychiatrische problematiek geregeld is. Lievegoed heeft in de regio Midden- en Oost Nederland met de regionale crisisdiensten van Altrecht en Pro Persona afspraken gemaakt. Dit laatste kan in het kader van een gedwongen opname zijn, wanneer er dusdanig gevaar optreedt voor patiënt zelf, anderen of zijn omgeving, voortkomend uit de psychiatrische stoornis. Voor andere regio's kunnen patiënten, familie of andere naastbetrokkenen in het geval van (dreigende) crisis buiten kantooruren contact opnemen met de huisarts van de patiënt of de dienstdoende huisartsenpost.

II. Organisatie van de zorg

5. Zorgstandaarden, beroepsrichtlijnen, actoren en verantwoordelijkheden

5.1 Bevoegdheid en bekwaamheid

De zorgverleners van Lievegoed voldoen aan de eisen die worden gesteld aan hun bekwaam- en bevoegdheid. Bij indiensttreding van een zorgverlener controleert Lievegoed of voldaan wordt aan de eisen die daaraan worden gesteld.

Het toezicht op de bevoegdheid en bekwaamheid van de zorgverleners berust bij bestuurder van Lievegoed GGZ. Deze taak kan zij delegeren aan leidinggevenden belast met bedrijfsvoering, of andere met de uitvoering van het personeelsbeleid belaste medewerkers of afdelingen. In de dagelijkse samenwerking in patiëntenzorg ligt het toezicht voor een belangrijk deel bij de regiebehandelaar. Lievegoed beschikt over een register waarin de bevoegdheden van medewerkers zijn vastgelegd en houdt dit bij. Zoals vastgelegd in de Wet BIG en het Professioneel Statuut van Lievegoed (zie bijlage) is elke professional zelf verantwoordelijk voor het op peil houden van zijn kennis.

In toenemende mate legt Lievegoed deze verantwoordelijkheden bij de teams. Ze zijn verantwoordelijk voor het resultaat en krijgen het vertrouwen dat zij in staat zijn goede en veilige zorg te bieden. Lievegoed hecht er veel belang aan dat dit gebeurt in het dagelijks proces door het stellen van de vragen: doen we het goede en doen we het goede goed. Bestuurder van Lievegoed GGZ blijft niettemin eindverantwoordelijk.

5.2 Professionele standaard

Zorgverleners van Lievegoed worden geacht kennis te hebben van de voor hun werk relevante professionele standaard, deze na te leven dan wel gemotiveerd daarvan af te wijken. Onder een professionele standaard wordt verstaan: (beroeps)richtlijnen, gedragscodes, (veld)normen, zorgstandaarden dan wel organisatiebeschrijvingen die betrekking hebben op (een specifiek deel van) het zorgproces en die vastleggen wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de patiënt goede zorg te verlenen. Voor werkvelden waarvoor een zorgstandaard beschikbaar is, is deze leidend. Informatie over de professionele standaard is voor behandelaars online beschikbaar.

5.3 Deskundigheidsbevordering

Zorgverleners dienen zelf hun deskundigheid en bekwaamheid op peil te houden dan wel uit te breiden, zodanig dat zij voldoen aan de eisen die in redelijkheid aan hen als zorgverleners mogen worden gesteld.

Lievegoed stelt zorgverleners in de gelegenheid hun beroepsgebonden vakkennis en bekwaamheden te ontwikkelen en onderhouden en biedt hen ruimte om deel te nemen aan intervisie en intercollegiale toetsing. Lievegoed stimuleert -audits van zorgverleners of teams onderling, waar ook bevoegdheid en bekwaamheid ter sprake komt.

Lievegoed heeft opleidingsplaatsen voor een aantal disciplines. Deze medewerkers in opleidingen worden in hun contact met patiënten gesuperviseerd en begeleid door erkende opleiders.

5.4 Regiebehandelaar

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor samenhang en volledigheid van het behandelproces zonder betrokken behandelaren te ontheffen van hun eigen professionele verantwoordelijkheden. Hij heeft direct contact (face to face, beeldbellen, telefonisch) met de patiënt en is voor alle betrokkenen (patiënt, familie of andere naastbetrokkenen, behandelaren) het centrale aanspreekpunt in het behandelproces.

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 accreditatie en 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 heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling voor zover zijn professionele bevoegdheid strekt. Hij draagt er zorg voor dat besluitvorming op cruciale momenten in de behandeling plaats vindt, in het team wordt afgestemd en getoetst en de beslissing wordt vastgelegd. Hij ziet er tevens op toe dat de patiënt hierbij betrokken wordt. Dit is altijd het geval bij:

- het vaststellen van de diagnose;
- het vaststellen van het behandelplan;
- de evaluatie en wijziging van het behandelplan;
- een (dreigende) crisis;
- de afsluiting van de behandeling.

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor:

- het (laten) opstellen, vaststellen, (laten) uitvoeren en evalueren van het behandelplan;
- een goede communicatie met de patiënt 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.

De taken van de regiebehandelaar zijn:

- verantwoordelijkheid dragen voor de regie over en de samenhang en volledigheid van het zorgproces;
- centraal aanspreekpunt zijn in het behandelproces voor alle betrokkenen;
- vaststellen van (wijzigingen in) het behandelplan;
- toezien op behandeling door medebehandelaren conform de professionele standaard ;
- accorderen en vaststellen van schriftelijke informatie aan de verwijzer;
- op- en afschalen van de zorgintensiteit als onderdeel van de behandel-evaluatie;
- openen en beëindigen van de DBC en vastleggen ervan in het patiëntdossier;
- toezien op inhoudelijk adequate dossiervoering.

De regiebehandelaar kan bepaalde deeltaken delegeren aan een medebehandelaar:

- onderdelen van de diagnostiek;
- formuleren van de diagnose;
- uitleg geven over de diagnose;
- uitleg geven over de prognose en het behandelproces;
- opstellen van behandelplan;
- verkrijgen van instemming van de patiënt;
- opstellen van een brief aan verwijzer;
- maken van afspraken met andere zorgaanbieders over samenwerking in de behandeling ;
- geven van inzage in patiëntdossier;
- opstellen van afspraken in geval van crisis;
- bespreken van de resultaten van de behandeling met patiënt;
- toezien op de bekwaamheid en bevoegdheid van medebehandelaren;
- toezien of het patiëntdossier voldoet aan DBC-eisen.

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

De regiebehandelaar ziet erop toe dat een medebehandelaar de uitkomst van overleg met of consultatie van collega-behandelaren met de patiënt bespreekt en vastlegt in het behandelplan.

5.5 Medebehandelaren

De medebehandelaar is verantwoordelijk voor het eigen professionele handelen. Hij geeft zelfstandig uitvoering aan (delen van) het behandelplan. Hij ontleent zijn verantwoordelijkheid aan het deskundigheidsgebied waarvoor hij is opgeleid.

Zorgverleners behandelen patiënten in overeenstemming met de professionele standaard. Indien de medebehandelaar om zwaarwegende redenen hiervan af wil wijken, stemt hij dit af met de regiebehandelaar en de patiënt, en legt dit met redenen omkleed vast in behandelplan.

In geval van een diepgaand en blijvend verschil van mening tussen regiebehandelaar en medebehandelaren over de behandeling wordt gehandeld conform de escalatieprocedure (zie 6.4)

De medebehandelaar draagt zorg voor het actueel houden van het patiëntdossier voor zover het zijn aandeel in de behandeling betreft. Hij informeert de regiebehandelaar tijdig over de voortgang van de behandeling.

Bij afsluiting van zijn deel van de behandeling stelt de medebehandelaar de regiebehandelaar daarvan in kennis.

5.6 Verantwoordelijkheden

De verantwoordelijkheden binnen het behandelproces vallen uiteen in:

- verantwoordelijkheden binnen de directe individuele zorgverlening;
- verantwoordelijkheden voor de kwaliteit en veiligheid van zorg;

- verantwoordelijkheden voor de inhoud en doelmatigheid van de behandelprogramma's.

Lievegoed streeft ernaar zoveel mogelijk verantwoordelijkheden voor de behandeling terug te leggen bij de zorgverleners en teams zelf en hen hiervoor de benodigde regelruimte te bieden.

De verantwoordelijkheid voor de *directe zorgverlening* is belegd bij de regiebehandelaar en medebehandelaren. Welke behandelaar op welk moment in het zorginhoudelijk proces verantwoordelijk is voor de patiënt is vastgelegd in een dekkend geheel van afspraken in een document (*Verantwoordelijkheden bij in-, door- en uitstroom*) dat onderdeel is online beschikbaar is voor behandelaren.

De verantwoordelijkheid voor de *kwaliteit en veiligheid van zorg* is belegd bij de eerste geneeskundige van Lievegoed. De Bestuurder van Lievegoed draagt de eindverantwoordelijkheid.

De verantwoordelijkheid voor de *inhoud, doelmatigheid en modelmatige uitvoering van de behandelprogramma's* is belegd bij de Bestuurder van Lievegoed GGZ, De eerste geneeskundige is verantwoordelijk voor het procedureel juist handelen van de zorgverleners binnen het kader van de BOPZ.

6. Samenwerking

6.1 Professioneel statuut

De verantwoordelijkheden van zorgverleners en de onderlinge samenwerking is vastgelegd in het Professioneel Statuut Lievegoed (zie bijlage). Het professioneel statuut maakt onderdeel uit van de juridische overeenkomst die Lievegoed aangaat met zorgverleners, en is voor alle medewerkers online beschikbaar.

6.2 Collegiale toetsing en multidisciplinaire patiëntbespreking

De inhoud, verloop en uitkomsten van behandelproces worden altijd besproken met en/of getoetst door collega-behandelaren in het team. De patiëntbespreking kan verschillende vormen aan nemen variërend van collegiaal overleg en consultatie en dossier-audits tot een daarvoor georganiseerd multidisciplinaire patiëntbespreking.

Een multidisciplinaire patiëntbespreking vindt altijd plaats na afronding van de intakefase en in de gespecialiseerde GGZ doorgaans ook bij beëindiging of verlenging van de behandeling. De frequentie van de patiëntbespreking is afhankelijk van de behandelsetting en van de duur van het behandeltraject.

Aan de patiëntenbespreking nemen altijd de regiebehandelaar en eventuele medebehandelaren deel. In de generalistische basis-GGZ is altijd een psychiater of klinisch psycholoog voor consultatie beschikbaar.

De belangrijkste conclusies van de patiëntbespreking en de consequenties voor de behandeling worden vastgelegd in het behandelplan.

6.3 Op- en afschalen zorgverlening

De optie om op- of af te schalen in de behandeling is een vast onderdeel van de evaluatie van de behandeling.

Aan een evaluatie kunnen de volgende consequenties worden verbonden:

- voortzetten van de behandeling;
- opschalen van de behandeling (naar meer intensieve behandeling of naar gespecialiseerde GGZ middels verwijzing door de huisarts);
- afschalen van de behandeling (naar minder intensieve of naar generalistische basis-GGZ);
- voortzetten behandeling onder een ander behandelprogramma;
- beëindigen van de behandeling en verwijzing naar huisarts of andere zorginstelling.

6.4 Escalatieprocedure

In het geval dat regiebehandelaar en medebehandelaren niet tot overeenstemming kunnen komen over de inhoud en uitvoering van het behandelplan, wordt gehandeld conform een uniforme escalatieprocedure. De eerste stap is het voorleggen van het geschil aan de psychiater of klinisch psycholoog van het team. De tweede stap is escalatie naar de eerste geneeskundige /beleidpsychiater.

Bij een verschil van mening over de behandeling in het kader van BOPZ/WVGGZ kan direct geëscaleerd worden naar de eerste geneeskundige.

7 Dossiervoering en omgang met patiëntgegevens

Lievegoed houdt voor iedere patiënt een elektronisch patiëntdossier bij. Zorgverleners registreren hierin systematisch iedere patiëntgebonden activiteit en andere gegevens die van belang zijn voor goede en veilige hulpverlening aan de patiënt en voor de verantwoording en toetsbaarheid van het medisch handelen.

Het patiëntdossier bevat in ieder geval, maar niet uitsluitend:

- persoonsgegevens van de patiënt, familie of andere naastbetrokkenen, of wettelijk vertegenwoordiger;
- verwijsbrief;
- beschrijving van de hulpvraag, gezamenlijke probleemstelling en diagnose;
- behandelplan;
- registratie van behandelactiviteiten en/of een decursus;
- bevindingen van de evaluatie van de behandeling;
- actueel medicatieoverzicht en contra-indicaties;
- indien aan de orde: signaleringsplan en/of crisiskaart;
- overdracht, verwijzing en/of afschrift van de ontslagbrief bij wijziging en/of einde behandeling.

De patiënt heeft altijd, binnen de termijn van wettelijke bewaarplicht, recht op inzage en op een afschrift van zijn patiëntdossier. Hij kan hierom verzoeken bij zijn regiebehandelaar. Verder heeft de patiënt krachtens de wet recht op correctie indien opgenomen feitelijke gegevens niet kloppen. Ten slotte kan hij een verzoek tot vernietiging van zijn dossier indienen voor de bewaartermijn verstreken is. Lievegoed kan dit laatste met redenen omkleed weigeren.

Lievegoed bewaakt de privacy van de patiënt door alleen zorgverleners die rechtstreeks betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt, toegang te verschaffen tot het patiëntdossier. Voor een aantal medewerkers is met oog op de borging van de kwaliteit en continuïteit van de zorg hiervoor een uitzondering voor gemaakt (buiten-autorisatie functie). In principe kunnen zorgverzekeraars medische gegevens opvragen bij Lievegoed in geval van het verlenen van toestemming voor bepaalde vormen van behandeling (machtiging door de zorgverzekeraar), en in het kader van materiële controles.

Lievegoed deelt geen patiëntgegevens met derden, tenzij er expliciete en specifieke toestemming is van de patiënt. In uitzonderingsgevallen handelt Lievegoed conform de *Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens* van het KNMG (http://www.nvpc.nl/uploads/stand/64Richtlijnen_Omgaan_met_medische_gegevens.pdf)

Indien de patiënt zijn diagnose niet kenbaar wil maken aan zijn zorgverzekeraar gebruikt Lievegoed de privacyverklaring.

In situaties waarin het beroepsgeheim mogelijk doorbroken moet worden, zoals bij vermoedens van kindermishandeling of huiselijk geweld, handelt Lievegoed conform de richtlijnen van de beroepsgroep en wettelijke regelingen, zoals de Wet Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. In voorkomende gevallen vraagt Lievegoed het controleplan op bij de zorgverzekeraar.

Lievegoed heeft een overeenkomst met Stichting Benchmark GGZ (SBG) over het aanleveren van benchmarkgegevens. Hieronder vallen onder andere ROM-instrumenten en de Consumer Quality Index (CQ-I). Deze gegevens worden geanonimiseerd aangeleverd aan SBG.

In geval van gegevensverstrekking ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek is toestemming van de patiënt vereist, tenzij het geanonimiseerde gegevens betreft.

8 Klachten- en geschillenregeling

Klachten over de behandeling kunnen worden ingediend bij de regiebehandelaar of medebehandelaar. Indien gewenst kan de patiënt ook contact opnemen met de patiënten vertrouwenspersoon, de Klachtenfunctionaris of de Klachtencommissie. Als klachten door Lievegoed niet naar tevredenheid worden afgehandeld, kan er een klacht worden ingediend bij de Geschillencommissie GGZ

Informatie over de klachten- en geschillenregeling is te vinden op de website van Lievegoed (<https://www.lievegoed.nl>)

III. Het behandelproces – het traject dat de patiënt doorloopt

9. Behandelfasen

De beschrijving van de fasen in het behandelproces geeft in algemene termen de gang van zaken weer en vormt voor de behandelaren uitgangspunt en richtsnoer.

Het behandelproces heeft de volgende fasen:

1. Voortraject bij verwijzer;
2. Aanmelding;
3. Intake, inclusief onderzoek en diagnostiek;
4. Behandeling;
5. Afsluiting en nazorg.

9.1 Voortraject bij verwijzer

Een verwijzing is voorwaarde voor behandeling door Lievegoed. In de meeste gevallen is de huisarts de verwijzer. Het is de verantwoordelijkheid van de verwijzer om zorg te dragen dat de verwijzing voldoet aan de normen die daarvoor gelden.

Om de patiënt en verwijzer behulpzaam te zijn bij het maken van keuzes, biedt de website van Lievegoed (zie 3) actuele informatie over het behandelaanbod, de wijze en verloop van aanmelding, de actuele wachttijden voor intake en voor behandeling en wachtlijstbemiddeling.

Lievegoed streeft ernaar dat conform de afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars (de ‘Treeknormen’) binnen vier weken na aanmelding een eerste intakegesprek plaats kan vinden en het eerste behandelcontact binnen tien weken na het laatste intakecontact. Als de wachttijden de Treeknormen overschrijden, wordt de patiënt gewezen op de mogelijkheid van wachtlijstbemiddeling door de zorgverzekeraar.

Lievegoed is telefonisch bereikbaar tijdens kantooruren om patiënten en verwijzers te informeren over wachttijden, aanmeldprocedure en zorgaanbod.

Op de website van Lievegoed zijn contactgegevens te vinden, evenals informatie over kosten in de geestelijke gezondheidszorg.

9.2 Aanmelding

In de aanmeldingsfase vindt de administratieve verwerking van de verwijzing plaats en wordt nagegaan of er sprake is van een juiste verwijzing.

De aanmelding kan op verschillende manieren plaatsvinden:

1. De patiënt meldt zich telefonisch of met behulp van een online aanmeldformulier aan bij het CAT.
2. De verwijzer meldt de patiënt aan telefonisch of online bij het CAT.

De opnamecoördinator (verblijf) of intaker (ambulant) controleert of de aanmelding voldoet aan de formele eisen die hier aan gesteld worden, zoals de aanwezigheid van Burgerservicenummer, verzekeringsbewijs, identiteitsbewijs en verwijsbrief. Een zorgverlener stelt vast of de verwijzing naar het betreffende onderdeel van Lievegoed gezien de problematiek van de patiënt juist is.

Indien de aanmelding niet aan deze criteria voldoet, neemt de intaker of een behandelaar van het team contact op met de patiënt. Hij informeert de patiënt hoe aan de criteria is te voldoen en biedt hem zover mogelijk ondersteuning.

Indien er sprake is van een onjuiste verwijzing, verwijst Lievegoed de patiënt terug naar de verwijzer, zo mogelijk met advies voor een meer passend behandelaanbod of in overleg met de verwijzer door naar een passend behandelaanbod. Een zorgverlener is voor de coördinator, patiënt en verwijzer het aanspreekpunt voor beoordeling en advies.

Indien de aanmelding aan de formele eisen voldoet, wordt voor de patiënt een afspraak voor een intakegesprek gepland.

De patiënt kan bij aanmelding zijn voorkeuren kenbaar maken wat betreft de behandelaar. Indien de patiënt niet van zijn voorkeur af wil wijken en dit een langere wachttijd tot gevolg heeft, wordt de patiënt geïnformeerd over de consequentie van deze keuze.

Op de website van Lievegoed is het kwaliteitsstatuut integraal beschikbaar.

Tot de aanvang van de intakefase zijn de medewerkers CAT of opname coördinator of intaker het aanspreekpunt van de patiënt, familie, andere naastbetrokkenen en verwijzer. Zorginhoudelijke vragen leggen zij voor aan een zorgverlener.

Om een goede toewijzing van de patiënt aan een behandelprogramma te borgen, wordt verwijzer en zo nodig de patiënt uitgenodigd een online-vragenlijst in te vullen. Ook een telefonische screening kan aan het eerste intakecontact voorafgaan. Een professional gaat daarin met de patiënt na welk behandelprogramma het beste aansluit bij problematiek en hulpvraag. Informatie hierover is op de website van Lievegoed te vinden.

De verwijzer blijft verantwoordelijk tot en met het eerste intakecontact.

9.3 Intake

De intake heeft als doel om op basis van een gezamenlijke probleemdefinitie een behandelovereenkomst te sluiten tussen patiënt en Lievegoed en een behandelplan op te stellen.

Bij aanvang van de intakefase wijst Lievegoed een regiebehandelaar toe, waarbij zoveel mogelijk rekening gehouden wordt met de voorkeur van de patiënt. Deze is het centrale aanspreekpunt voor de patiënt en andere betrokkenen tot het moment dat de behandeling start of tot de patiënt terugverwezen wordt naar de verwijzer. Hij is verantwoordelijk voor de samenhang en volledigheid van onderzoek en diagnostiek. Intakegesprekken, onderzoek en diagnostiek kunnen door een medebehandelaar worden uitgevoerd, die de regiebehandelaar over zijn bevindingen informeert. De regiebehandelaar heeft evenwel in de intakefase altijd direct contact (face-to-face, telefonisch, beeldbellen) met de patiënt.

Indien de patiënt niet instemt met de keuze van de regiebehandelaar of medebehandelaar, gaat de regiebehandelaar na wat zijn bezwaren en wensen zijn, en biedt een alternatief waarbij rekening gehouden wordt met de keuze van de patiënt.

Bij het eerste intakecontact kan de patiënt ervoor kiezen zich te laten vergezellen door familie of andere naastbetrokkenen. Hun aanwezigheid bij eventuele vervolgesprekken is onderwerp van bespreking met de regiebehandelaar.

Onderzoek en diagnostiek maken onderdeel uit van de intakefase, waarvoor de patiënt een tot meerdere face to face gesprekken heeft en ook vragenlijsten voorgelegd krijgt. De regiebehandelaar gaat in deze gesprekken met de patiënt ook na hoe deze zelf denkt over (het ontstaan van) zijn klachten, over steunende en belemmerende omgevingsfactoren en informeert naar zijn ervaringen met de gezondheidszorg en wensen ten aanzien de behandeling. Op basis van deze informatie formuleert hij de diagnose.

De regiebehandelaar vraagt de patiënt altijd of:

- hij in behandeling is bij andere onderdelen van Lievegoed of daarbuiten;
- (klein)kinderen heeft waarvoor hij de zorg voor opvoeding en verzorging heeft;
- het welzijn van de kinderen wordt belast door de psychische conditie van de patiënt, en of in dat kader ondersteunende interventies geïndiceerd zijn.

De regiebehandelaar bespreekt verder met de patiënt:

- de uitkomsten van eventuele (nadere) diagnostiek en ROM;
- de staat van de gezondheid van de patiënt;
- de herstelwensen van de patiënt;
- de aard, inhoud en het doel van de voorgestelde behandeling;
- de te verwachten effecten en de risico's van de behandeling;
- de handelwijze bij (dreigende) crisis;
- de keuzemogelijkheden voor de patiënt;
- de voor- en nadelen indien de patiënt niet instemt met een (voorgestelde) behandeling;
- eventuele contacten met andere onderdelen van Lievegoed of andere zorgaanbieder;
- de relevante partners met wie Lievegoed in de regio samenwerkt;
- de informatieverstrekking aan de verwijzer;
- het vastleggen van gegevens in het elektronisch patiëntdossier;
- het inzage-, correctie- en klachtrecht wat betreft behandelplan en patiëntdossier.

Het laatste gesprek in de intakefase is een adviesgesprek over de behandelmogelijkheden. Hierin informeert de regiebehandelaar de patiënt verder over de behandelwachtijd.

In de **generalistische basis-GGZ** wordt de patiënt bij een eerste contact met Lievegoed na of in het eerste intakegesprek geïnformeerd wanneer een adviesgesprek met de regiebehandelaar plaats vindt. Hierin bespreekt de regiebehandelaar met de patiënt hypothese, diagnose, DSM-classificatie en beleid (inclusief de te leveren prestatie) en de gestelde doelen en informeert hem over het feit dat een vastgesteld generalistische-basis-GGZ-tarief ongeacht de gerealiseerde tijd in rekening zal worden gebracht. Na verkregen instemming van de patiënt, stelt de regiebehandelaar het behandelplan vast.

Het eindproduct van de intake is een behandelplan dat op basis van het onderzoek en in overleg met de patiënt en indien mogelijk en gewenst met familie of andere naastbetrokkenen tot stand is gekomen. Het behandelplan is de schriftelijke weergave van de afspraken tussen regiebehandelaar en patiënt over aard, duur en doel van de behandeling. Hierin is aangegeven welke therapievorm en behandelprogramma aansluit op de diagnose, het profiel van de patiënt, het ontwikkelingsstadium van de aandoening en de herstelwensen van de patiënt. De regiebehandelaar streeft ernaar om de wensen van de patiënt en de behandelinhoudelijke mogelijkheden zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. De gestelde

doelen zijn concreet, realistisch, acceptabel en toetsbaar geformuleerd en sluiten aan bij de wensen, en mogelijkheden van de patiënt.

Na instemming van de patiënt met het geformuleerde behandelplan stelt de regiebehandelaar na het adviesgesprek het behandelplan vast en draagt zorg voor het in gang zetten van de behandeling.

Als patiënt en (regie)behandelaar niet tot overeenstemming komen over de inhoud van het behandelplan, dan overlegt de regiebehandelaar met de verwijzer om te bepalen of Lievegoed het juiste aanbod heeft voor de patiënt, of verwijst de patiënt terug naar verwijzer. Indien Lievegoed geen aanbod heeft op vrijwillige basis, zal bekeken worden of er sprake moet zijn van een gedwongen kader.

Komt de regiebehandelaar tot de conclusie dat de patiënt niet aangewezen is op de behandeling binnen de behandelsetting waar deze is aangemeld, dan verwijst hij na overleg met de patiënt deze naar de generalistische basis-GGZ c.q. terug naar de verwijzer, zo mogelijk met een voorstel waar de patiënt passende zorg kan krijgen.

De verwijzer en indien deze niet de huisarts is, ook de huisarts wordt hiervan schriftelijk in kennis gesteld, tenzij de patiënt hiertegen bezwaar maakt.

9.4 Behandeling

9.4.1 Behandelplan

Voor iedere ambulante patiënt wordt binnen zes weken na het eerste intakecontact dan wel na maximaal drie intake contacten een behandelplan opgesteld; voor iedere klinische patiënt binnen twee weken na opname. Het behandelplan maakt deel uit van het patiëntdossier.

Het behandelplan is maximaal één jaar geldig. Overschrijdt de behandelduur die periode, dan dient een nieuw behandelplan te worden vastgesteld.

Het behandelplan heeft een integraal karakter en is gericht op maximaal haalbaar herstel van de autonomie en veerkracht van de patiënt, met name op klachtreductie, sociaal functioneren, maatschappelijke participatie, zingeving en kwaliteit van leven. Een verpleegplan, begeleidingsplan (rehabilitatie) en/of crisisplan kunnen onderdeel uitmaken van het behandelplan.

De regiebehandelaar stelt het behandelplan altijd op in samenspraak met de patiënt. Hij houdt daarbij rekening met eventuele laaggeletterdheid en anderstaligheid van de patiënt. Zo nodig maakt hij gebruik van een tolk uitgaande van de *Kwaliteitsnorm Tolkengebruik bij anderstaligen in de zorg* (http://www.pharos.nl/documents/doc/kwaliteitsnorm_tolkgebruik-.pdf).

Betrokkenheid van de patiënt bij het opstellen van het behandelplan is cruciaal. Het is immers op de eerste plaats zijn plan voor herstel. Betrokkenheid leidt tot verbondenheid met de behandeling, draagt bij aan de effectiviteit van de zorg en zet de patiënt in zijn kracht.

De regiebehandelaar formuleert het behandelplan in begrijpelijke taal. Hij sluit daarbij aan bij het dagelijks leven en overtuigingen van de patiënt en houdt rekening met diens persoonlijke behoeften.

In het behandelplan is in ieder geval, maar niet uitsluitend, vastgelegd:

- de hulpvraag van de patiënt, diagnose en gezamenlijke probleemstelling;
- de behandeldoelen;
- de wijze waarop de behandelaar en de patiënt de gestelde doelen trachten te bereiken (behandelmethode en activiteiten, frequentie, plaats, duur van de behandeling);
- de mogelijkheden die patiënt zelf heeft, en inzet die van de patiënt verwacht wordt;
- de afspraken over de momenten waarop de behandeling wordt geëvalueerd;
- de regiebehandelaar en regeling van zijn waarneming;
- de wijze van afstemming tussen meerdere behandelaren;
- de afspraken over het betrekken van familie en andere naastbetrokkenen bij de behandeling;
- de betrokkenheid van en eventuele afspraken met andere (zorg)instellingen;
- of er ondersteunende interventies ten bate van het welzijn van de kinderen van de patiënt geïndiceerd zijn.

Indien er meerdere behandelaren bij de behandeling betrokken zijn, zijn in het behandelplan hun aandeel en verantwoordelijkheden beschreven.

Het behandelplan is in collegiaal overleg en/of multidisciplinaire patiëntbespreking van feedback voorzien.

Na vaststelling staat elk contact in het teken van de afspraken in het behandelplan. In elk contact is er een (minimale) evaluatie van de afspraken. Veranderen de doelen in samenspraak met de patiënt, dan wordt het behandelplan diens gevolge aangepast. Dat maakt het behandelplan tot een actueel en dynamisch werkdocument.

9.4.2 Rol en taken regiebehandelaar/medebehandelaren

Bij aanvang van de behandelfase wijst Lievegoed een nieuwe regiebehandelaar toe, waarbij waar mogelijk rekening behouden wordt met de voorkeur van de patiënt. Deze is het centrale aanspreekpunt voor de patiënt en andere betrokkenen tot het moment dat de behandeling eindigt. Hij is verantwoordelijk voor de samenhang en volledigheid van de behandeling. De regiebehandelaar kan delen van de behandeling delegeren aan medebehandelaren.

Bij de start van de behandeling werkt de regiebehandelaar in samenspraak met de patiënt zo nodig het behandelplan verder uit. Hier kan, in aanvulling op eerder onderzoek en diagnostiek, nadere diagnostiek aan ten grondslag liggen. De regiebehandelaar stelt vervolgens het behandelplan opnieuw vast, nadat instemming van de patiënt is verkregen op het voorgestelde behandelplan.

Medicatie wordt voorgeschreven door behandelaren die daartoe bekwaam en bevoegd zijn, waaronder psychiaters, verslavingsartsen, artsen en verpleegkundig specialisten.

De regiebehandelaar consulteert het team bij zaken die de voortgang van de behandeling belemmeren of compliceren. Hij draagt er zorg voor dat de betreffende disciplines op een juiste wijze, tijdig geconsulteerd worden. (Somatische) comorbiditeit heeft daarbij bijzondere aandacht.

De regiebehandelaar bespreekt met de patiënt de resultaten van de behandeling mede aan de hand van de ROM-resultaten en de mogelijke vervolgstappen. De verwijzer wordt hiervan schriftelijk in kennis gesteld, tenzij de patiënt hiertegen bezwaar maakt.

De regiebehandelaar autoriseert en opent de DBC, conform de regelgeving van de Nza.

9.4.3 Verantwoordelijkheidsdeling

Indien de regiebehandelaar en eventuele medebehandelaar geen psychiater of klinisch psycholoog is

- wordt in het patiëntdossier vastgelegd op welk moment en voor welke zaken een psychiater of klinisch psycholoog geconsulteerd wordt;
- wordt altijd in geval van suïcidaliteit een psychiater of klinisch psycholoog over het voorgenomen beleid geconsulteerd.

Indien de regiebehandelaar en medebehandelaar geen psychiater zijn, wordt (ongeacht de specifieke behandelsetting) een psychiater in ieder geval geconsulteerd en bij de voortgangsbespreking betrokken, indien:

- a. er gevaar dreigt voor anderen of voor de patiënt (waaronder suïcidegevaar, (dreigende) crisis);
- b. elektroconvulsie therapie (ECT) overwogen wordt;
- c. inzet, intensivering of afschaling van vormen van dwang (behandeling) overwogen wordt;
- d. er sprake is van opname BOPZ en afgeven medische verklaring in kader Wet BOPZ;
- e. ontslag uit opname, anders dan in het behandelplan voorzien, overwogen wordt;
- f. er een verzoek van de patiënt is om zelfdoding of euthanasie;
- g. medisch coördinerende zorg nodig is bij verdenking op somatische problematiek;
- h. er sprake is van non-respons op de behandeling conform de professionele standaard;
- i. er sprake is van een crisis-DBC.

Bij a. en e. kan ook een klinisch psycholoog worden geconsulteerd; bij h. ook een verpleegkundig specialist of klinisch psycholoog.

Indien er sprake is van een behandeltraject in het kader van BOPZ/WVGGZ is er altijd een psychiater persoonlijk betrokken bij het afgeven van een geneeskundige verklaring, de opname, afweging over inzet van dwang, en behandelbeoordelingen.

Om te kunnen toetsen of de activiteiten van medebehandelaren bijdragen aan de behandeling van de patiënt en passen in het vastgestelde behandelplan, laat de regiebehandelaar zich door hen informeren, zo tijdig en volledig als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt.

9.4.4 Monitoring voortgang behandeling

Lievegoed monitort de voortgang van de behandeling door middel van:

- bespreking van de voortgang van de behandeling in het team;
- Routine Outcome Monitoring.

9.4.5 Evaluatie behandeling

De regiebehandelaar zorgt ervoor dat periodiek aan de hand van het behandelplan de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling met medebehandelaren of het team en bij voorkeur in aanwezigheid van de patiënt wordt besproken. Bij deze bespreking is altijd een psychiater of klinisch psycholoog betrokken. Van vaste evaluatiemomenten kan

worden afgeweken als de (gezondheids-)situatie van de patiënt dit verlangt. De patiënt kan ook zelf vragen om een bespreking van de voortgang van de behandeling.

Voorafgaande aan de evaluatie van de behandeling ziet de regiebehandelaar erop toe dat de ROM-instrumenten worden afgenomen.

Evaluatie van de medicamenteuze behandeling vindt plaats tijdens de farmacotherapeutische behandelcontacten en tijdens de bespreking van de voortgang van de behandeling.

Somatische comorbiditeit en somatische zorg is een vast aandachtspunt in het behandelproces.

De regiebehandelaar draagt zorg voor bespreking in een multidisciplinaire patiëntbespreking bij:

- belangrijke veranderingen in het toestandbeeld;
- wijziging behandelplan;
- ontslag;
- dreigende crisis;
- bij een stagnerende behandeling en uitblijven effect.

Aan het wijzigen van het behandelplan ligt altijd een evaluatie ten grondslag. Een besluit tot het wijzigen van wordt altijd genomen door de regiebehandelaar in samenspraak met het team.

De regiebehandelaar bespreekt met de patiënt, voor zover deze niet bij de bespreking aanwezig was, de evaluatie van de behandeling, de adviezen of wijzigingen van het behandelplan die zijn voorgesteld. De afspraken die hieruit voortkomen, worden in het behandelplan vastgelegd, tenzij behandelaar en patiënt overeenkomen de behandeling te beëindigen.

Na instemming van de patiënt met de voorgestelde wijzigingen van het behandelplan, stelt de regiebehandelaar het behandelplan vast.

Indien de patiënt niet met het voorgestelde behandelplan instemt, wordt dit besproken in het eerstvolgende teambespreking, of wordt een second opinion aangeboden.

9.4.6 Tevredenheidsmeting

Bij Lievegoed wordt de tevredenheidsmeting meegenomen binnen de ROM metingen.

9.4.7 Wisseling van regiebehandelaar in de behandelfase.

Een wisseling van regiebehandelaar gebeurt altijd in overleg met de patiënt. Wisseling van regiebehandelaar is onder meer mogelijk in geval van:

- een verzoek van de patiënt (met redenen omkleed);
- de overgang van intake naar behandeling;
- een wijziging van behandelsetting of behandelprogramma (horizontale verwijzing);
- een wijziging in het behandelplan die leidt tot wijziging in behandelaar of van het zwaartepunt in de behandeling;
- niet (meer) beschikbaar zijn van een regiebehandelaar gedurende langere tijd (bijvoorbeeld in geval van ziekte, overplaatsing of vertrek).

Bij (langdurige) afwezigheid van de regiebehandelaar wordt in overleg met de patiënt afgesproken wie deze waarneemt of vervangt.

De overdragende regiebehandelaar is verantwoordelijk voor een goede overdracht van alle gemaakte afspraken. De wisseling van regiebehandelaar wordt vastgelegd in het patiëntdossier.

9.4.8 Preventie van drop out

Lievegoed voert een actief beleid om afwezigheid van de patiënt op behandelafspraken (*no show*) en eenzijdig beëindigen van de behandeling door de patiënt (*drop out*) te voorkomen.

9.4.9 Handelwijze bij (dreigende) crisis

Lievegoed heeft geen eigen crisisdienst buiten kantooruren. Patiënten, familie of andere naastbetrokkenen kunnen in het geval van (dreigende) crisis tijdens kantooruren contact opnemen met de regiebehandelaar of acterend medebehandelaar. De regiebehandelaar bepaalt in overleg met de patiënt, familie of andere naastbetrokkenen de vervolgstappen om de (dreigende) crisis af te wenden conform de afspraken hierover met de patiënt zoals opgenomen in het behandelplan.

Buiten kantooruren kunnen patiënten, familie of andere naastbetrokkenen bij (dreigende) crisis contact opnemen met de huisarts van de patiënt of de dienstdoende huisartsenpost.

10 Afsluiting/nazorg

10.1 Beëindiging van de behandeling

Een patiënt kan binnen het WGBO kader te allen tijde zelf de behandeling beëindigen. Inzet van Lievegoed is een beëindiging van een niet afgeronde behandeling zo mogelijk te voorkomen. Indien voldaan wordt aan de daarvoor geldende gevaarscriteria wordt behandeling in het kader van de Wet BOPZ overwogen.

Aan het besluit van de regiebehandelaar om de behandeling te beëindigen ligt altijd een evaluatie van de voortgang van behandeling en overleg met de patiënt ten grondslag.

Indien een medebehandelaar voorstelt de behandeling te beëindigen, neemt de regiebehandelaar hierover een besluit na bespreking van de voortgang van de behandeling met het team.

Indien de regiebehandelaar en de patiënt overeenkomen de behandeling te beëindigen, spreken zij af hoe de behandeling wordt beëindigd. Er worden afspraken gemaakt over een vervolgbehandeling en/of nazorg, aan wie de behandelverantwoordelijkheid wordt overgedragen en welke informatie wordt overgedragen.

De regiebehandelaar informeert de verwijzer en de huisarts van de patiënt voor zover deze niet de verwijzer is, schriftelijk over het beëindigen van de behandeling. In de ontslagbrief licht hij het verloop en resultaat van de behandeling toe en de afspraken die gemaakt zijn over de vervolgbehandeling en nazorg, inclusief eventueel advies voor vervolgbehandeling.

De regiebehandelaar sluit de behandeling officieel af, hierbij hoort onder andere het beëindigen van de DBC, alsook het overdragen van het medicatiebeleid aan huisarts of vervolgbehandelaar.

Voor zover aan de orde stelt de regiebehandelaar een vervolgbehandelaar in kennis van het verloop van de behandeling en de behaalde resultaten voorzien van het vervolgadvis, tenzij de patiënt hiertegen bezwaar maakt.

10.2 Crisis of terugval na afsluiting behandeling

Na afsluiting van de behandeling van de patiënt kan deze en/of zijn familie of andere naastbetrokkenen in geval van (dreigende) crisis of terugval contact opnemen met de huisarts van de patiënt of de dienstdoende huisartsenpost.

Indien dit plaats vindt binnen zes maanden na afsluiting van de behandeling, kan de patiënt zich opnieuw aanmelden zonder nieuwe verwijsbrief.

IV. Ondertekening

Dit kwaliteitsstatuut is afgestemd met de GGZ Cliëntenraad van Lievegoed.

Dit kwaliteitsstatuut geldt voor de duur van één jaar, van 1 januari 2017 tot 1 januari 2018.

Dit kwaliteitsstatuut wordt éénmaal per jaar, voor het einde van de looptijd, geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Hierbij worden de GGZ Cliëntenraad betrokken.

Bij niet naleven van dit kwaliteitsstatuut kunnen patiënten gebruik maken van de klachtenregeling, zoals beschreven in paragraaf 8 (Klachtenregeling patiënten).

De Bestuurder draagt eindverantwoordelijkheid voor de inhoud en naleving van dit kwaliteitsstatuut.

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.

Hilde Hooijman
Bestuurder Lievegoed

Bilthoven,

28 oktober 2016

V. Bijlagen

HKZ certificatieschema Geestelijke Gezondheidszorg (afgegeven 1 juli 2015 geldend tot 1 juli 2018)

Overeenkomsten met SBG

Algemene leveringsvoorwaarden

Professioneel statuut

Overzicht Regiebehandelaren en patiëntengroepen

Visiedocument Lievegoed 2016-2020