

Model Kwaliteitsstatuut Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ) 2017

Inleiding

Toelichting

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

Het kwaliteitsstatuut geeft de zorgvrager inzicht in inhoud en verloop van de verschillende fasen van de zorgverlening, zodat deze zich een beeld kan vormen over wat hem te wachten staat en wat van hem verwacht wordt. Dit inzicht helpt de zorgvrager te beoordelen of hij goede en passende zorg krijgt en ondersteunt zijn deelname aan de gezamenlijke besluitvorming in het behandelproces. Daarnaast dient het als kader voor werkafspraken binnen de instelling en het professionele netwerk en stelt het financiers, toetsende en toezichthoudende instanties in de gelegenheid een oordeel te vellen over de kwaliteit van de zorg.

In het kwaliteitsstatuut beschrijft de MGGZ hoe de integrale zorg voor zorgvragers binnen de generalistische basis GGZ en de specialistische GGZ (in de militaire context) is georganiseerd, in het bijzonder de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken zorgverleners en hun onderlinge verhoudingen. De grondslagen, hoofdlijnen en systeemeisen van de militaire gezondheidszorg zijn hét beleidskader van de zorg aan militairen en veteranen. De militaire gezondheidszorg voldoet aan de eisen van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)¹ (buiten Nederland wordt deze wet als leidraad gebruikt).

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

De MGGZ heeft de zorgverlening zo ingericht, dat de eigen kracht van en de regie door de zorgvrager zoveel mogelijk worden gestimuleerd. Leidende principes zijn gezamenlijke besluitvorming (*shared decision making*), herstelondersteunende zorg en zorg op maat (*stepped care*, *matched care*, *personalized medicine*, *value based healthcare*).

De MGGZ vindt de betrokkenheid van familie en andere direct betrokkenen van de zorgvrager bij de behandeling van essentieel belang. Zij worden daarom vanaf het begin van de zorgverlening, in overleg met de zorgvrager, betrokken.

Leeswijzer

Voor de leesbaarheid is ervoor gekozen dit in de tekst niet steeds expliciet aan te geven. Om dezelfde reden wordt verwezen naar de zorgvrager en de behandelaar in de mannelijke vorm. Waar hij of zij staat, mag ook hij/zij of zijn/haar gelezen worden. Voor zorgvrager mag ook patiënt of cliënt gelezen worden.

¹ www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/inhoud/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg

Doelgroep MGGZ: militairen en veteranen

De Krijgsmacht dient, vanwege haar bijzondere taken, te kunnen beschikken over optimaal inzetbaar personeel. De taken van de militaire gezondheidszorg omvatten een breed scala van preventieve en curatieve activiteiten en richten zich, naast het optimaliseren van de kwaliteit van leven van de zorgvrager, op de onbelemmerde uitvoering van de operationele taak van de Krijgsmacht. Deze activiteiten beïnvloeden elkaar.

Aan de militair in werkelijke dienst wordt gezondheidszorg verleend door de militaire gezondheidszorg. De militair is gehouden zich tot het voor hem aangewezen zorgteam te wenden voor het verkrijgen van gezondheidszorg. Indien dit door omstandigheden niet mogelijk is, kan de militair zich, onder voorwaarden, wenden tot een ander zorgteam van de militaire gezondheidszorg of tot de civiele gezondheidszorg. De militair informeert het voor hem aangewezen zorgteam, de verantwoordelijk militair arts, over zijn gezondheidssituatie, vanwege de noodzaak zicht te houden op zijn inzetbaarheid.

De militaire gezondheidszorg is uniek: zij is integraal gericht op inzetbaarheid. Dit vereist een zeker gestelde binding tussen de militair en de militaire gezondheidszorg. De militair kan door de overheid in omstandigheden worden gebracht met grote gezondheidsrisico's. De militaire gezondheidszorg richt zich erop om de negatieve gevolgen voor de gezondheid van de militair zo veel mogelijk te beperken of te genezen.

De militair in werkelijke dienst is verplicht verzekerd bij de Stichting Ziektekosten Verzekering Krijgsmacht (SZVK). SZVK voert, in opdracht van de Minister van Defensie, de arbeidsvoorwaardelijke 'Regeling Ziektekostenverzekering Militairen' uit.

De militaire gezondheidszorg richt zich in eerste instantie op ondersteuning van de eigen en multinationale militaire eenheden. Op aanwijzing van de Minister van Defensie kan militair geneeskundig personeel worden opgedragen om, met een nader aangegeven reikwijdte en richtlijnen, gezondheidszorg te verlenen aan derden. In het bijzonder wordt hierbij gedacht aan vluchtelingen of burgerslachtoffers bij rampen en calamiteiten (militaire bijstand en humanitaire hulpverlening). Daarnaast heeft de groep post-actieve veteranen bijzondere aandacht. Deze groep kan, onder bepaalde voorwaarden, gebruik maken van militair geneeskundige voorzieningen.

De bijzondere zorgplicht voor de veteraan richt zich op de veteraan die als gevolg van zijn inzet als militair, geestelijke gezondheidsproblemen ondervindt. Het doel is deze veteraan te voorzien van de best mogelijke zorg waardoor hij zo spoedig mogelijk weer kan deelnemen aan het maatschappelijk verkeer. De zorg richt zich zowel op de veteraan^{2*} en zijn relatie³ en is ook beschikbaar voor de dienstslachtoffers. In de praktijk wordt onderscheid gemaakt tussen de veteraan in actieve dienst en de 'post-actieve veteraan'.

² *De militair, gewezen militair, of de gewezen dienstplichtige, van de Nederlandse Krijgsmacht, dan wel van het Koninklijk Nederlandsch-Indisch Leger (KNIL), alsmede diegene die behoorde tot het vaarplichtig koopvaardijpersoneel, die het Koninkrijk der Nederlanden heeft gediend onder oorlogsomstandigheden dan wel heeft deelgenomen aan een missie ter handhaving of bevordering van de internationale rechtsorde voor zover deze missie bij regeling van Onze Minister is aangewezen.*

³ *De echtgenoot, geregistreeerde partner of andere levensgezel en bloed- en aanverwanten in de eerste of tweede graad van de veteraan. In de toelichting op het Veteranenbesluit is vermeld dat ook de ex-partner van de veteraan tot zijn relaties behoort.*

Het ministerie van Defensie heeft in 2005 de opdracht gegeven tot het oprichten van het Landelijk zorgsysteem voor Veteranen (LZV), waarmee zij invulling geeft aan de verantwoordelijkheid voor ex-werknemers. Deze civiel-militaire samenwerking is vastgelegd in een Convenant. Het LZV is daarmee de wettelijk geïnstitutionaliseerde koepel van leveranciers van (specialistische) geestelijke gezondheidsketenzorg voor veteranen, dienstslachtoffers en hun relaties in Nederland. In deze keten wordt op kwalitatief hoogwaardige wijze, met specialistische kennis van de context van de veteraan, eerste, tweede en derdelijns zorg geboden aan de doelgroep. Meer informatie is te lezen op de website www.lzv.nl.

I. Algemene informatie

Gegevens GGZ aanbieder

Naam instelling	Militaire Geestelijke Gezondheidszorg
Hoofdadres	Lundlaan 1, 3584 EZ Utrecht
Contactpersoon	Kol-arts A.A.W. Franken, adjunct directeur zorg, 1 ^{ste} geneeskundige
E-mail	directiesecretariaat.mggz@mindef.nl
Telefoonnummer	030 2592650
Website	www.defensie.nl/onderwerpen/gezondheidszorg/inhoud/psychische-hulp
KvK	000007866666
AGB-code	54-540046

Locaties

MGGZ Klinische Zorg

Intramurale zorg, semimurale zorg, transmurale zorg

Heidelberglaan 100

3584 CX, Utrecht

Telefoon: (030) 250 25 99 (24uurs bereikbaarheid)

Postbus 90000

3509 AA Utrecht

MGGZ regio midden

Extramurale zorg

Heidelberglaan 100

3584 CX, Utrecht

Telefoon: (030) 250 26 65

Postbus 90000

3509 AA Utrecht

MGGZ regio noordoost

Extramurale zorg

Meppelerstraatweg 19

8022 AE, Zwolle

Telefoon: (038) 454 54 44

Postbus 10100

8330 KA Steenwijk

MGGZ regio noordwest

Extramurale zorg

Marinekazerne Amsterdam

Gebouw 27, 2e verdieping

Kattenburgerstraat 7

1018 JA, Amsterdam

Telefoon: (020) 520 15 34

Postbus 1043

1000 BA Amsterdam

MGGZ regio zuid*Extramurale zorg*

Statenlaan 45-47 (4e etage)

5223 LA, Den Bosch

Telefoon: (073) 622 32 02

Postbus 10151

5260 GC Vught

MGGZ Kenniscentrum

Heidelberglaan 100

3584 CX, Utrecht

Telefoon: (030) 250 24 03

Postbus 90000

3509 AA Utrecht

II. Beschrijving zorgaanbod en professioneel netwerk

Behandelvisie

De MGGZ wil dat iedere zorgvrager zich goed bejegend, gehoord, begrepen, behandeld en begeleid voelt. De zorgvrager krijgt informatie over welke zorg geboden wordt en welke keuzes er zijn. Met de zorgvrager en/of familie en andere direct betrokkenen gaat de behandelaar na welke hulp noodzakelijk is en welke specifieke bijdrage de MGGZ kan leveren. Als specialist in geestelijke gezondheid aan militairen en veteranen draagt de MGGZ bij aan de kwaliteit van leven met de best mogelijke, betaalbare en op de zorgvrager toegesneden basis en specialistische zorg: preventie, diagnostiek, 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.

De MGGZ gaat uit van ieders unieke sociale en culturele achtergrond, omgeving, persoonlijkheid, behoeften en mogelijkheden. Van de eigen kracht van iedere zorgvrager 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 zorgvrager zelf, maar ook voor iedereen in het netwerk om hem heen die steun kan bieden, zoals familie en andere direct betrokkenen, huisartsen, andere instellingen. Zo geeft de MGGZ invulling aan herstelondersteunende zorg.

Zorgaanbod en zorgsoorten

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

- Preventie: voorlichting, vroeg signalering
- Generalistische basis GGZ
- Specialistische GGZ

De MGGZ biedt de zorg zowel individueel als in groepen. Het zorgaanbod van de MGGZ is georganiseerd in zorgprogramma's en is een samenhangend geheel van standaard- en optionele modulen voor behandeling en/of begeleiding met verschillende therapievormen en interventies voor specifieke stoornissen en/of een specifieke zorgvragers.

De feitelijke behandeling wordt, uitgaande van deze zorgprogramma's, vastgesteld op basis van de hulpvraag en doelstellingen van de zorgvrager, de aard en het ontwikkelingsstadium van de

psychische stoornis en het profiel van de zorgvrager (waaronder contextuele factoren). Elke zorgvrager heeft daarbinnen zijn eigen zorgtraject. Bevoegde en bekwame zorgverleners voeren de zorg uit. Hierbij wordt de professionele standaard gevolgd of wordt gemotiveerd daarvan afgeweken. De zorg is gefaseerd opgebouwd en doorgaans met een duidelijk begin- en eindpunt. Aan elke traject liggen SMART geformuleerde doelen ten grondslag. Over doel, duur en inhoud van het traject maken behandelaar, zorgvrager en waar mogelijk familie en/of andere direct betrokkenen afspraken die worden vastgelegd in een behandelplan. Zorgprogramma's worden periodiek geëvalueerd. Bij deze evaluatie worden recente ontwikkelingen in de professionele standaard betrokken, evenals geaggregeerde interne meetgegevens over de effectiviteit en efficiëntie van het behandelprogramma (waaronder de uitkomst van Routine Outcome Monitoring (ROM)) en de zorgvrager tevredenheid. De MGGZ stimuleert en faciliteert wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van de zorg en de ontwikkeling van innovatieve behandelvormen. Bij de MGGZ lopen verschillende promotietrajecten. Onderzoeksvorstellen worden medisch-ethisch getoetst. De MGGZ biedt generalistische basis GGZ en specialistische GGZ op lokaal, regionaal en centraal niveau aan.

Via de behandelaar, het secretariaat of het kenniscentrum kunnen zorgvragers en verwijzers gedetailleerde informatie krijgen over het zorgaanbod voor specifieke psychiatrische problemen en verslavingen.

Generalistische Basis GGZ

De MGGZ biedt zorgvragers met lichte tot matige, niet complexe psychische stoornissen met een laag risico op terug verval diagnostiek en behandeling in de navolgende zorgsoorten, waarbij de genoemde beroepsgroepen als regiebehandelaar kunnen optreden.

- Extramurale zorg aan militairen
Regiebehandelaar: GZ psycholoog, Verpleegkundig specialist GGZ.
- Transmurale chronische zorg aan militairen en post-actieve veteranen
Regiebehandelaar: SPV/Verpleegkundig specialist GGZ

In de generalistische basis GGZ wordt zowel individueel als in groepen gewerkt. Er is altijd een psychiater beschikbaar voor advies of consultatie.

Specialistische GGZ

De MGGZ biedt zorgvragers met (zeer) complexe psychische stoornissen met (hoog) risico op verval diagnostiek, preventie en behandeling in de navolgende zorgsoorten, waarbij de genoemde beroepsgroepen als regiebehandelaar of behandelaar kunnen optreden.

- Extramurale zorg aan militairen en post-actieve veteranen.
Regiebehandelaar: Psychiater, Klinisch psycholoog, Verpleegkundig specialist GGZ, GZ psycholoog, Psychotherapeut.
- Semimurale zorg aan militairen en post-actieve veteranen.
Regiebehandelaar: Psychiater, Klinisch psycholoog, Verpleegkundig specialist GGZ, GZ psycholoog, Psychotherapeut.
- Intramurale zorg aan militairen en post-actieve veteranen
Regiebehandelaar: Psychiater, Klinisch psycholoog, Verpleegkundig specialist GGZ, GZ psycholoog, Psychotherapeut.
- Transmurale zorg aan militairen en post-actieve veteranen.

Regiebehandelaar: Psychiater, Klinisch psycholoog, Verpleegkundig specialist GGZ, GZ psycholoog, Psychotherapeut.

In geval van acute crisisinterventie is de regiebehandelaar een psychiater of klinisch psycholoog. In overleg kan een ambulante regiebehandelaar ook gedurende andere zorgsoorten regiebehandelaar blijven.

Professioneel netwerk

De zorg bij de MGGZ is geïntegreerd en georganiseerd in kleinschalige, multidisciplinaire samenwerkingsverbanden van zorgverleners (teams) waarbij de onderlinge verhoudingen, de verschillende beroepscode en de professionele verantwoordelijkheid transparant en bespreekbaar zijn. Deze teams dragen in toenemende mate zelf verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg. De samenstelling van de teams is afgestemd op de zorgvrager. Aan elk team is een psychiater en klinisch psycholoog verbonden. Werkend vanuit een herstelgerichte visie op de zorg hecht de MGGZ veel waarde aan de inbreng van ervaringsdeskundigheid. Ervaringsdeskundigheid is het vermogen om bij anderen, op grond van eigen herstellervaring, ruimte te maken voor herstel. Ervaringsdeskundigheid zit bij de MGGZ in de genen aangezien zowel de hulpverleners als de zorgvragers, allen defensie-medewerker zijn. Een belangrijk deel van de hulpverleners is zelf ook militair.

Collegiale uitwisseling, toetsing en advies zijn een uitgangspunt 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. Er zijn professionele netwerken zowel discipline-gewijs als themagewijs. Deze netwerken staan in het teken van collegiale uitwisseling en advies, van spreiding en verdieping van professionele kennis.

Structurele samenwerkingspartners

De MGGZ ziet zich als onderdeel van de lokale, regionale en operationele zorgketen voor militairen en veteranen en werkt hierin samen met andere zorgaanbieders, autoriteiten en overheden. In elke regio zijn afspraken gemaakt met de partners in de zorgketen om continuïteit van behandeling en spoedeisende hulp te kunnen borgen. De MGGZ werkt samen met verantwoordelijk militair (huis)artsen (VMA) en betreft de huisarts bij de behandeling. In geval van bemoeizorg, spoedeisende zorg of opname in het kader van de Wet Bopz werkt de MGGZ samen met het Universitair Medisch Centrum Utrecht en andere relevante civiele partijen. De MGGZ informeert de huisarts schriftelijk over de behandeling, in ieder geval na de intake en bij afsluiting van de behandeling. In het verslag worden minimaal opgenomen: diagnose, inhoud en verloop van de behandeling, actuele gezondheidssituatie en vervolgbeleid c.q. advies en (eventuele) vervolgbehandeling.

De zorgverlener brengt de zorgvrager op de hoogte van de verschillende mogelijkheden als MGGZ niet de juiste behandeling kan bieden. De zorgverlener geeft de zorgvrager alle informatie die deze nodig heeft om zelf weloverwogen keuze(s) te kunnen maken. De zorgverlener heeft een coachende rol bij het maken van keuzes door de zorgvrager. Er is een goede (medicatie)overdracht tussen verschillende zorginstellingen, afdelingen en zorgverleners. Dit vindt in ieder geval schriftelijk plaats en bij voorkeur ook mondeling. De MGGZ 24uurszorg ondersteunt de (militaire) huisartsenzorg met coördineren van deze acute psychiatrische zorg naar de regionale crisisdiensten.

Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV)

Postactieve veteranen zijn in principe aangewezen op de reguliere civiele zorgverlening. Bij (mogelijk) aan inzetgerelateerde psychische of psychosociale problemen kan een postactieve veteraan in aanmerking komen voor zorg door het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV). Het LZV is een samenwerkingsverband van een aantal landelijk verspreide civiele Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)-instellingen, het Veteraneninstituut (Veteranen loket).

Vanuit dit zorgsysteem kunnen postactieve veteranen met uitzendgerelateerde geestelijke gezondheidsklachten terecht bij de MGGZ.

De toegang tot het LZV verloopt via het Veteranenloket. Het Veteranenloket is 24 uur per dag en 7 dagen per week bereikbaar voor vragen van veteranen, diensslachtoffers en hun gezinsleden op telefoonnummer 088-334 00 00 of via info@veteranenloket.nl.

Stichting Benchmark

MGGZ verzamelt gegevens ten behoeve van de Stichting Benchmark (SBG). SBG is een onafhankelijk kenniscentrum bestuurd door vertegenwoordigers van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars met als doel de kwaliteit van de zorg in de GGZ te verbeteren door transparantie te bieden over behandeluitkomsten. De benchmark levert de mogelijkheid op om te vergelijken met andere instellingen of met de landelijke benchmark. De vergelijkingsinformatie is toegespitst zijn op behandeluitkomsten en patiëntervaringen en zal een aanvulling zijn op de aanwezige kwaliteitscycli.

Eerste lijns gezondheidszorg Bedrijf (EGB)

Vanuit de eerste lijns gezondheidszorg Defensie kunnen zorgvragers doorverwezen worden naar de MGGZ (welke verwijzers zijn dit dan? Evt. verwijzen van de VMA of MHA en de verwijssystematiek zoals eerder beschreven?). De MGGZ heeft daarom regelmatig direct contact met de verwijzers van het EGB. Het EGB is verantwoordelijk voor het verlenen van geïntegreerde zorg aan militairen onder niet operationele omstandigheden. CMH kan ook doorverwijzen, indien persoonlijk AGB code

Dienstencentrum Bedrijfsmaatschappelijk Werk (DCBMW)

DCBMW is er voor defensiepersoneel waarbij het balans tussen draaglast en draagkracht niet in evenwicht is. Dit kan zich uiten in conflicten thuis of op het werk, lichamelijke- en psychische klachten of andere meer praktische problemen. Via VMA kan DCBMW tot verwijzing komen.

III. Organisatie van de zorg

Bevoegdheid en bekwaamheid

De zorgverleners van de MGGZ voldoen aan de eisen die worden gesteld aan hun bekwaam- en bevoegdheid. Bij indiensttreding van een zorgverlener controleert de MGGZ of voldaan wordt aan de eisen die daaraan worden gesteld. Het toezicht op de bevoegdheid en bekwaamheid van de zorgverleners berust bij de directie. Deze taak kunnen zij delegeren aan de leidinggevenden van de desbetreffende professionals. In de dagelijkse behandelpraktijk ligt het toezicht voor een belangrijk deel bij de regiebehandelaar. De vakgroep beschikt over een actueel register waarin de bevoegdheden van teamleden zijn vastgelegd conform de Wet BIG. Iedere beroepsprofessional is zelf verantwoordelijk voor het bijhouden van zijn vaardigheden en zijn (her)registratie in relevante registers.

Professionele standaard

Zorgverleners van de MGGZ 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 vastleggen wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de zorgvrager goede zorg te verlenen. De MGGZ zorgprogramma's zijn richtinggevend voor de zorgtrajecten maar onthouden de individuele professional niet van zijn verantwoordelijkheden. Het opleidingsbeleid van de MGGZ dient zoveel als mogelijk afgestemd te worden met de zorgbehoefte van de doelgroep zorgvragers. Dit opleidingsbeleid wordt beschreven in een MGGZ opleidingsplan.

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 mag worden gesteld. De MGGZ 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. Het Kenniscentrum heeft een regisserende rol bij deskundigheidsbevordering binnen en buiten MGGZ.

Regiebehandelaar

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor samenhang en volledigheid van het behandelproces, zonder betrokken behandelaren te ontheffen van hun eigen professionele verantwoordelijkheden. Hij is voor alle betrokkenen (zorgvrager, familie en andere direct betrokkenen, behandelaren, verwijzers) 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 heraccreditatie 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 zorg ervoor 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 en familie en/of andere direct betrokkenen hierbij betrokken worden.

Dit is 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, 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.

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 mede-behandelaren 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 mede-behandelaren
- toezien of het patiëntdossier voldoet aan DBC-eisen.

Indien de regiebehandelaar deeltaken delegeert aan een medebehandelaar, wordt dit besproken met de zorgvrager en vastgelegd in het dossier. De regiebehandelaar ziet erop toe dat een medebehandelaar de uitkomst van overleg met of consultatie van collega behandelaren met de zorgvrager bespreekt en vastlegt in het behandelplan.

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 zorgvragers 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 zorgvrager, en legt dit met redenen omkleed vast in behandelplan.

Verantwoordelijkheden

De verantwoordelijkheden binnen het behandelproces vallen uiteen in:

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

Multidisciplinaire patiëntbespreking

De bevindingen over inhoud, verloop en uitkomsten van behandelproces worden getoetst in het multidisciplinaire team. Deze patiëntbespreking vindt in ieder geval plaats na afronding van de intakefase en in de gespecialiseerde GGZ doorgaans ook bij beëindiging of verlenging van de behandeling. Indien de regiebehandelaar geen psychiater of klinisch psycholoog is, is op deze momenten altijd een psychiater of klinisch psycholoog bij de patiëntbespreking betrokken. In de generalistische basis GGZ is altijd een psychiater of klinisch psycholoog voor consultatie beschikbaar. De praktische vormgeving collegiaal overleg, consultatie, dossieraudit en de frequentie van de multidisciplinaire patiëntbespreking zijn afhankelijk van de behandelsetting, het aantal betrokken medebehandelaren en de duur van het behandeltraject. De belangrijkste conclusies van de patiëntbespreking en de consequenties voor de behandeling worden vastgelegd in het behandelplan en met goedvinden van de zorgvrager, besproken met familie en/of andere direct betrokkenen.

De generalistische basis GGZ

In de generalistische basis-GGZ wordt de zorgvrager in het eerste intakegesprek geïnformeerd wanneer er een tweede gesprek met de regiebehandelaar plaats zal vinden. Hierin bespreekt de regiebehandelaar met de zorgvrager de hypothese, de diagnose, de DSM-classificatie en behandelbeleid (inclusief de te leveren prestatie) en de gestelde doelen en geeft een behandeladvies. Na verkregen instemming van de zorgvrager, stelt de regiebehandelaar het behandelplan vast. Het eindproduct van de intake is een behandelplan dat tot stand gekomen is op basis van het onderzoek en in overleg met de zorgvrager en indien mogelijk en gewenst met familie of andere direct betrokkenen. 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 aansluiten op de hulpvraag van de zorgvrager, de diagnose, het profiel van de zorgvrager, het ontwikkelingsstadium van de aandoening en de herstelwensen van de zorgvrager. De regiebehandelaar streeft ernaar om de wensen van de zorgvrager en de behandelinhoudelijke mogelijkheden zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. De gestelde doelen zijn concreet, realistisch, acceptabel en toetsbaar geformuleerd (SMART) en sluiten aan bij de wensen, en mogelijkheden van de zorgvrager. Na instemming van de zorgvrager met het geformuleerde behandelplan stelt de regiebehandelaar na het adviesgesprek het behandelplan vast en draagt zorg voor het in gang zetten van de behandeling.

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 zorgprogramma;
- beëindigen van de behandeling en verwijzing naar huisarts of andere zorginstelling.

Dossiervoering en omgang met patiëntgegevens

De MGGZ 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 direct betrokkenen, 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 zorgvrager heeft, 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 zorgvrager krachtens de wet 'recht op correctie' indien opgenomen feitelijke gegevens niet kloppen. Ten slotte kan hij een verzoek tot vernietiging van zijn dossier indienen voordat de bewaartermijn verstreken is. De MGGZ kan dit laatste met redenen omkleed weigeren. De MGGZ deelt geen patiëntgegevens met derden, tenzij er expliciete en specifieke toestemming is van de patiënt. In uitzonderingsgevallen handelt de MGGZ conform de richtlijnen van Defensie RMG/011 omgang met medische gegevens en merking en RMG/042⁴ verzending van medische gegevens. De MGGZ bewaakt de privacy van de zorgvrager door alleen zorgverleners die rechtstreeks betrokken zijn bij de behandeling van de zorgvrager, toegang te verschaffen tot het patiëntdossier.

Klachten- en geschillenregeling

De overheid wil dat iedereen goede zorg krijgt. Daarom heeft de overheid wettelijk vastgelegd wat goede zorg inhoudt. En wat er moet gebeuren als mensen een klacht hebben over de zorg. Dit staat in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

De Defensie gezondheidszorg heeft een netwerk van onafhankelijke klachtenfunctionarissen. Deze kijken samen met de klager naar de klacht en de mogelijkheden tot bemiddeling. Zij lichten de klager voor en waar nodig ondersteunen zij bij de verschillende mogelijkheden van klachtbehandeling.

Als er geen bevredigende oplossing kan worden bereikt, informeert de klachtenfunctionaris de klager over de vervolgmogelijkheden. Samen met de klager bekijken zij welke mogelijkheid het beste aansluit op de situatie en wensen. De klachtenfunctionaris kan begeleiden bij het indienen van de klacht bij een klachteninstantie. Hiervoor zijn twee mogelijkheden, te weten:

- De interne klachtencommissie Gezondheidszorg Defensie;
- de externe geschillencommissie Defensie Geneeskundige Zorg.

⁴ De richtlijnen zijn op te vragen bij het directiesecretariaat MGGZ.

Ook kan de klachtenfunctionaris informeren over de (klacht)mogelijkheden bij de Inspectie Militaire Gezondheidszorg (voor civiele cliënten de Inspectie voor de Gezondheidszorg) het regionaal tuchtcollege of de burgerlijke rechters.

IV. Het behandelproces – het traject dat de zorgvrager doorloopt

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 de verwijzer
2. Aanmelding
3. Intake, inclusief onderzoek en diagnostiek
4. Behandeling
5. Afsluiting en nazorg.

Voortraject bij verwijzer

Een verwijzing is voorwaarde voor behandeling door de MGGZ. In de meeste gevallen is de (militair) huisarts de verwijzer. Het is de verantwoordelijkheid van de verwijzer om zorg te dragen dat de verwijzing voldoet aan de normen die daarvoor gelden. De administraties van de MGGZ zijn telefonisch bereikbaar tijdens kantooruren en kunnen zorgvragers over wachttijden, aanmeldprocedure en zorgaanbod informeren.

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 militair huisarts verwijst de militaire zorgvrager naar de MGGZ middels het standaard verwijsformulier.
2. De burger huisarts verwijst de post-actieve veteraan naar de MGGZ middels een verwijsbrief.

Bij optie 1 beoordeelt een intakecommissie van de MGGZ of de aanmelding voldoet aan de gestelde eisen.

Bij optie 2 triageert het regionaal coördinatie overleg (RCO) van het LZV, in overleg met de desbetreffende post-actieve veteraan, de verwijzing en bepaalt dat de MGGZ de beste behandeling kan bieden binnen de LZV keten. Vervolgens beoordeelt een intakecommissie van de MGGZ of de aanmelding voldoet aan de gestelde eisen.

De formele eisen die gesteld worden voor een aanmelding naar de curatieve GGZ zijn de aanwezigheid van Burgerservicenummer, verzekeringsbewijs, identiteitsbewijs en verwijsbrief. Indien de aanmelding niet aan de gestelde eisen voldoet, neemt een functionaris uit de intakecommissie contact op met de zorgvrager. Hij informeert de zorgvrager hoe aan de eisen kan worden voldaan en biedt hem adequate ondersteuning in dit proces. Indien er sprake is van een onjuiste verwijzing, verwijst de intakecommissie van de MGGZ de zorgvrager terug naar de verwijzer met advies voor een meer passend behandelaanbod. Indien de aanmelding aan de formele eisen voldoet, wordt voor de zorgvrager een afspraak voor een intakegesprek gepland.

De zorgvrager kan bij aanmelding zijn voorkeuren kenbaar maken voor wat betreft de behandelaar. Indien de zorgvrager niet van zijn voorkeur af wil wijken en dit een langere wachttijd tot gevolg heeft, wordt hij geïnformeerd over de consequentie van deze keuze. Tot de aanvang van de intakefase, het eerste intakegesprek, is de verwijzer het aanspreekpunt van de zorgvrager, familie en andere direct betrokkenen.

Intake

De intake heeft als doel om op basis van de hulpvraag en een gezamenlijke probleemdefinitie een behandelovereenkomst te sluiten tussen de zorgvrager en de MGGZ. Deze behandelovereenkomst wordt gesloten door een behandelplan op te stellen en te ondertekenen met de regiebehandelaar. Bij aanvang van de intakefase wordt door de MGGZ, in overleg met de zorgvrager, een regiebehandelaar toegewezen. Deze regiebehandelaar is het centrale aanspreekpunt voor de zorgvrager, familie en andere direct betrokkenen tot het moment dat de behandeling start of tot de zorgvrager 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 direct contact (face to face, telefonisch) met de zorgvrager. Indien de zorgvrager niet instemt met de keuze van de regiebehandelaar of medebehandelaar, gaat de regiebehandelaar na wat zijn bezwaren en wensen zijn en biedt een alternatief.

Onderzoek en diagnostiek maken deel uit van de intakefase, waarvoor de zorgvrager één tot meerdere face to face gesprekken heeft en vragenlijsten voorgelegd krijgt. De regiebehandelaar gaat in deze gesprekken met de zorgvrager 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 zorgvrager in ieder geval of:

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

De regiebehandelaar bespreekt verder met de zorgvrager:

- de uitkomsten van eventuele (nadere) diagnostiek en ROM
- de gezondheidssituatie van de zorgvrager
- de herstelwensen van de zorgvrager
- 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 zorgvrager
- de voor- en nadelen indien de zorgvrager niet instemt met een (voorgestelde) behandeling
- eventuele contacten met andere zorgaanbieders
- de relevante partners met wie de MGGZ 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 met de regiebehandelaar over de behandel mogelijkheden en wachttijden.

In de generalistische basis-GGZ wordt de zorgvrager in het eerste intakegesprek geïnformeerd wanneer er een tweede gesprek met de regiebehandelaar plaats zal vinden. Hierin bespreekt de regiebehandelaar met de zorgvrager de hypothese, de diagnose, de DSM-classificatie en behandelbeleid (inclusief de te leveren prestatie) en de gestelde doelen en geeft een behandeladvies. Na verkregen instemming van de zorgvrager, stelt de regiebehandelaar het behandelplan vast. Het eindproduct van de intake is een behandelplan dat tot stand gekomen is op basis van het onderzoek en in overleg met de zorgvrager en indien mogelijk en gewenst met familie of andere direct betrokkenen. 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 aansluiten op de hulpvraag van de zorgvrager, de diagnose, het profiel van de zorgvrager, het ontwikkelingsstadium van de aandoening en de herstelwensen van de zorgvrager. De regiebehandelaar streeft ernaar om de wensen van de zorgvrager en de behandelinhoudelijke mogelijkheden zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. De gestelde doelen zijn concreet, realistisch, acceptabel en toetsbaar geformuleerd (SMART) en sluiten aan bij de wensen, en mogelijkheden van de zorgvrager. Na instemming van de zorgvrager met het geformuleerde behandelplan stelt de regiebehandelaar na het adviesgesprek het behandelplan vast en draagt zorg voor het in gang zetten van de behandeling.

Wanneer zorgvrager en (regie)behandelaar niet tot overeenstemming komen over de inhoud van het behandelplan, dan overlegt de regiebehandelaar met de verwijzer om te bepalen of de MGGZ het juiste aanbod heeft voor de zorgvrager.

Indien er een indicatie is voor gedwongen behandeling heeft de MGGZ geen behandelaanbod en wordt contact gezocht met een Bopz instelling.

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 worden hiervan schriftelijk in kennis gesteld, tenzij de patiënt hiertegen bezwaar maakt.

Behandeling

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 dagen na opname. Er wordt tijdens het opnamegesprek een behandelplan gemaakt en ondertekend. Het behandelplan maakt onderdeel uit van het patiëntendossier en 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 deel uitmaken van het behandelplan. De regiebehandelaar stelt het behandelplan op in samenspraak met de patiënt.

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 zijn 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 (behandelmethoden 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 direct betrokkenen 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 een multidisciplinaire patiëntbespreking getoetst. 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 dientengevolge aangepast. Dat maakt het behandelplan tot een actueel en dynamisch werkdocument.

Rol en taken regiebehandelaar en medebehandelaar

Bij aanvang van de behandelfase wijst de MGGZ een regiebehandelaar toe, waarbij waar mogelijk rekening behouden wordt met de voorkeur van de zorgvrager. Deze is het centrale aanspreekpunt voor de zorgvrager 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 een medebehandelaar. Bij de start van de behandeling werkt de regiebehandelaar in samenspraak met de zorgvrager zo nodig het behandelplan verder uit. Hieraan kan nadere diagnostiek ten grondslag liggen. Nadat instemming van de zorgvrager is verkregen, stelt de regiebehandelaar het behandelplan opnieuw vast en informeert familie en/of andere direct betrokkenen. Medicatie wordt voorgeschreven door behandelaren die daartoe bekwaam en bevoegd zijn, waaronder psychiaters, arts assistenten en verpleegkundig specialisten binnen de daarvoor afgesproken kaders. 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 zorgvrager mede aan de hand van de ROM-uitkomsten de resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen. De verwijzer wordt hiervan schriftelijk in kennis gesteld, tenzij de zorgvrager hiertegen bezwaar maakt. De regiebehandelaar autoriseert en opent de DBC conform de regelgeving van de NZA.

Verantwoordelijkheidsdeling

Indien de regiebehandelaar en eventuele medebehandelaar geen psychiater of klinisch psycholoog zijn, wordt in het patiëntdossier vastgelegd op welk moment en voor welke zaken een psychiater of klinisch psycholoog geconsulteerd wordt. Indien de regiebehandelaar en eventuele 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. elektroconvulsietherapie (ECT) overwogen wordt
- c. inzet, intensivering of afschaling van vormen van dwang (behandeling) overwogen wordt
- d. er sprake is van opname en/of afgeven medische verklaring in kader Wet Bopz
- e. er een verzoek van de patiënt is om zelfdoding of euthanasie
- f. medisch coördinerende zorg nodig is bij verdenking op somatische problematiek
- g. er sprake is van non-respons op de behandeling conform de professionele standaard

Bij g. ook een verpleegkundig specialist.

Indien er sprake is van een behandeltraject in het kader van Wet Bopz is 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 zorgvrager 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 zorgvrager.

Monitoring voortgang behandeling

MGGZ monitort de voortgang van de behandeling door middel van: (alleen op SGGZ van toepassing)

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

Evaluatie behandeling

De regiebehandelaar zorgt ervoor dat periodiek aan de hand van het behandelplan de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling worden besproken met medebehandelaren of het team en bij voorkeur in aanwezigheid van de zorgvrager. Bij deze bespreking is een psychiater of klinisch psycholoog betrokken. Van vaste evaluatiemomenten kan worden afgeweken als de (gezondheids-) situatie van de zorgvrager dit verlangt. De zorgvrager 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 zijn een vast aandachtspunt in het behandelproces. De regiebehandelaar draagt bij opname zorg voor een multidisciplinaire patiëntbespreking bij:

- belangrijke veranderingen in het toestandsbeeld
- wijziging behandelplan
- ontslag
- dreigende crisis
- bij een stagerende behandeling en uitblijven effect.

Aan het wijzigen van het behandelplan ligt een evaluatie ten grondslag. Een besluit tot de wijziging wordt genomen door de regiebehandelaar in samenspraak met het team. De regiebehandelaar bespreekt met de zorgvrager, 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 zorgvrager overeenkomen de behandeling te beëindigen. Na instemming van de zorgvrager met de voorgestelde wijzigingen van het behandelplan, stelt de regiebehandelaar het behandelplan vast. Indien de zorgvrager niet met het voorgestelde behandelplan instemt, wordt dit besproken in het eerstvolgende teambespreking, of wordt een second opinion aangeboden.

Tevredenheidsmeting

Jaarlijks wordt de cliënttevredenheid gemeten.

Wisseling van regiebehandelaar in de behandelfase.

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

- een verzoek van de zorgvrager (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 zorgvrager 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.

Preventie van drop out

De MGGZ 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.

Handelwijze bij (dreigende) crisis

Zorgvragers, familie of andere direct betrokkenen kunnen in het geval van (dreigende) crisis tijdens kantooruren contact opnemen met de regiebehandelaar of medebehandelaar via het regiocentrum of via de centrale zorgcoördinatie (030 250 2599). De regiebehandelaar bepaalt in overleg met de zorgvrager, familie of andere direct betrokkenen de vervolgstappen om de (dreigende) crisis af te wenden, conform het behandelplan. Buiten kantooruren kunnen zorgvragers, familie of andere direct betrokkenen bij (dreigende) crisis contact opnemen met de centrale zorgcoördinatie (030 250 2599) of met de regionale crisisdienst.

Beëindiging van de behandeling

Een zorgvrager kan binnen het WGBO-kader te allen tijde zelf de behandeling beëindigen. Inzet van de MGGZ 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 een evaluatie van de voortgang van behandeling en overleg met de zorgvrager 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 zorgvrager 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 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 zorgvrager hiertegen bezwaar maakt.

De generalistische basis GGZ

In de generalistische basis-GGZ wordt de zorgvrager in het eerste intakegesprek geïnformeerd wanneer er een tweede gesprek met de regiebehandelaar plaats zal vinden. Hierin bespreekt de regiebehandelaar met de zorgvrager de hypothese, de diagnose, de DSM-classificatie en behandelbeleid (inclusief de te leveren prestatie) en de gestelde doelen en geeft een behandeladvies. Na verkregen instemming van de zorgvrager, stelt de regiebehandelaar het behandelplan vast. Het eindproduct van de intake is een behandelplan dat tot stand gekomen is op basis van het onderzoek en in overleg met de zorgvrager en indien mogelijk en gewenst met familie of andere direct betrokkenen. 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 aansluiten op de hulpvraag van de zorgvrager, de diagnose,

het profiel van de zorgvrager, het ontwikkelingsstadium van de aandoening en de herstelwensen van de zorgvrager. De regiebehandelaar streeft ernaar om de wensen van de zorgvrager en de behandelinhoudelijke mogelijkheden zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. De gestelde doelen zijn concreet, realistisch, acceptabel en toetsbaar geformuleerd (SMART) en sluiten aan bij de wensen, en mogelijkheden van de zorgvrager. Na instemming van de zorgvrager met het geformuleerde behandelplan stelt de regiebehandelaar na het adviesgesprek het behandelplan vast en draagt zorg voor het in gang zetten van de behandeling.

Crisis of terugval na afsluiting behandeling

Na afsluiting van de behandeling van de zorgvrager kan deze en/of zijn familie of andere direct betrokkenen in geval van (dreigende) crisis of terugval contact opnemen met de huisarts van de zorgvrager. Indien deze plaats vindt binnen zes maanden na afsluiting van de behandeling, kan de zorgvrager zich opnieuw aanmelden bij de MGGZ zonder nieuwe verwijsbrief.

IV. Ondertekening

Dit kwaliteitsstatuut is afgestemd met de cliëntenraad van de MGGZ en besproken met de medezeggenschapscommissie. Dit kwaliteitsstatuut geldt voor de duur van één jaar, van 1 januari 2017 tot 1 januari 2018. Dit kwaliteitsstatuut wordt eenmaal per jaar, voor het einde van de looptijd, geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Hierbij worden de cliëntenraad en de medezeggenschapscommissie betrokken. Bij niet naleven van dit kwaliteitsstatuut kunnen zorgvragers gebruik maken van de klachtenregeling, zoals beschreven in dit kwaliteitsstatuut. De directie draagt eindverantwoordelijkheid voor de inhoud en naleving van dit kwaliteitsstatuut.

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

Kolonel-arts A.A.W. Franken, psychiater
Adjunct directeur zorg, 1^{ste} geneeskundige
Utrecht, 1 januari 2017