

Professioneelstatuut Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ) 2024

Inleiding

Het professioneelstatuut MGGZ 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 professioneelstatuut 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. Waar de behandeling voor zorgvragers binnen de generalistische basis GGZ afwijkt van de specialistische GGZ is dit expliciet in dit kwaliteitsstatuut aangegeven. De grondslagen, hoofdlijnen en systeemeisen van de militaire gezondheidszorg zijn hét beleidskader van de zorg aan militairen en veteranen. De Nederlandse civiele gezondheidszorgwetgeving is van toepassing voor de militaire gezondheidszorg, maar er zijn ook uitzonderingen gebaseerd op de bijzondere positie en omgeving van de militair. De Militaire Ambtenarenwet 1931 verankert de binding van de militair aan de militaire gezondheidszorg.

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, herstel ondersteunende zorg en zorg op maat.

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

Leeswijzer

Waar in de tekst hij of zij staat, mag ook hij/zij of zijn/haar gelezen worden.
Voor zorgvrager mag ook patiënt of cliënt gelezen worden.

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, inzetbaarheid op de onbelemmerde uitvoering van de operationele taak van de Krijgsmacht.

De bijzondere zorgplicht voor de veteraan¹ 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 goed mogelijk weer kan deelnemen aan het maatschappelijk verkeer. De zorg richt zich zowel op de veteraan en in specifieke gevallen zijn (ex) relatie² en is ook beschikbaar voor de dienstslachtoffers. In de praktijk wordt onderscheid gemaakt tussen de veteraan in actieve dienst en de 'post-actieve veteraan'.

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 geïstitutionaliseerde 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.

¹ *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.*

² *De echtgenoot, geregistreerde 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.*

I. Algemene informatie

Gegevens GGZ aanbieder

Naam instelling	Militaire Geestelijke Gezondheidszorg
Hoofdadres	Lundlaan 1, 3584 EZ Utrecht
Contactpersoon	Kolonel (AR) Drs. B.J. Berendsen, directeur MGGZ
E-mail	directiesecretariaat.mggz@mindef.nl
Telefoonnummer	030 250 26 50
Website	www.defensie.nl/onderwerpen/gezondheidszorg/inhoud/psychische-hulp
KvK	000007866666
AGB-code	54-540046

Locaties

Centrale Zorgeenheid MGGZ

Klinische Zorg

Intramurale, semimurale, transmurale en extramurale zorg

Lundlaan 1

3584 EZ Utrecht

Postbus 90000

3509 AA Utrecht

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

Centraal Aanmeld Team

Telefoon: (030) 250 25 99

E-mail: aanmeldingen.MGGZ@mindef.nl

MGGZ regiocentrum midden

Extramurale zorg

Lundlaan 1

3584 EZ Utrecht

Postbus 90000

3509 AA Utrecht

Telefoon: (030) 250 26 65

MGGZ regiocentrum noordoost

Extramurale zorg

Meppelerstraatweg 19

8022 AE Zwolle

Postbus 10100

8330 KA Steenwijk

Telefoon: 088 953 04 55

MGGZ regiocentrum noordwest*Extramurale zorg*

Marinekazerne Amsterdam

Gebouw 14, 3e verdieping

Kattenburgerstraat 7

1018 JA Amsterdam

Postbus 1043

1000 BA Amsterdam

Telefoon: 088-9561902

MGGZ regiocentrum zuid*Extramurale zorg*

Statenlaan 45-47 (4e etage)

5223 LA Den Bosch

Postbus 10151

5260 GC Vught

Telefoon 088 953 04 25

MGGZ Expertisecentrum

Lundlaan 1

3584 EZ Utrecht

Postbus 90000

3509 AA Utrecht

Telefoon: (030) 250 25 91/2650

Internet: www.expertisecentrummggz.nl**Klachtenfunctionaris**

Lundlaan 1

3584 EZ Utrecht

Postbus 90000

3509 AA Utrecht

e-mail: klachtenfunctionaris.mggz@mindef.nl

Telefoonnummer: (030) 2502650 (directiesecretariaat).

II. Beschrijving zorgaanbod

Behandelvisie

De Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ) biedt zorg aan militairen en post-actieve militairen zodat zij optimaal functioneren als mens en militair door, vanuit een holistische benadering, (zorg)vragen te beantwoorden met duurzame, bereikbare en passende bedrijfsgerichte geestelijke gezondheidszorg en expertise.

De MGGZ zet zich in op het terrein van herstel van mentale veerkracht (behandeling) en biedt voorlichting en advisering bij de ontwikkeling van mentale veerkracht (preventie).

De MGGZ levert de best mogelijke zorg aan militairen, post actieve militairen en daar waarvan toepassing is hun relaties, binnen de randvoorwaarden die ons zijn gegeven. Daarbij staat de zorgvrager centraal, vanuit zijn of haar intrinsieke vermogen zich aan te passen en zelf regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Uitgangspunt is om de cliënten, onze collega's, in hun kracht te krijgen en te houden en eigenaar te laten zijn van dit proces. Naarmate de problematiek van de zorgvrager complexer is, vergt dat intensievere behandeling en begeleiding. De MGGZ werkt vanuit de beginselen van herstel van veerkracht, optimisme en positieve psychologie.

Het zorgaanbod van de MGGZ is laagdrempelig en toegankelijk. Het zorgaanbod is van hoge kwaliteit, multidisciplinair, transparant en komt conform de civiele GGZ normen en ontwikkelingen tot stand.

De MGGZ ondersteunt en faciliteert de duurzaam gezonde inzetbaarheid van de militair op het gebied van mentale kracht en -gereedheid. Duurzaam gezond inzetbaar impliceert namelijk dat Defensie randvoorwaarden invult en mogelijkheden creëert om de militair in staat te stellen nu en in de toekomst inzetbaar te zijn en te blijven, met behoud van gezondheid en welzijn. Van de militair vraagt dit een attitude, motivatie en gedrag om deze mogelijkheden te benutten. Dit noemen we eigenaarschap van de militair.

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, zo vroeg en dichtbij, zo licht en kort als mogelijk, en waar nodig intensiever, en langduriger.

Zorgaanbod

Het palet van de MGGZ aan hulpverlening bij psychische problematiek is breed en bestaat uit: preventie, reguliere zorg en zorg rondom operationele inzet.

1. Preventie: voorlichting, vroegtijdige signalering en interventie

De MGGZ draagt structureel bij aan diverse opleidingen en trainingen, zoals lessen over stress, trauma en veerkracht op de KMS en KMA, Trauma Risk Management (TRiM) training en de zorg rondom uitzending, zoals adaptatie en SPRINT. De MGGZ is subject matter expert (SME) bij de lessen stress management die voorafgaand aan een uitzending worden gegeven op de School voor Vredesmissies (SVV) als onderdeel van de missiegerichte oriëntatie (MGO). Ook wordt advies gegeven aan diverse initiële en vervolgoopleidingen op het gebied van (gevechts)stress, coping en mentale weerbaarheid.

2. Reguliere zorg

De MGGZ biedt zorg in de Generalistische Basis GGZ (BGGZ) en Specialistische GGZ (SGGZ). In de BGGZ worden lichte tot matige, niet complexe psychische stoornissen met een laag risico op terugval behandeld. In de SGGZ vindt diagnostiek, preventie en behandeling plaats aan zorgvragers met (zeer) complexe psychische stoornissen met (hoog) risico op terugval.

De MGGZ biedt zorg in vier categorieën.

- **Categorie A:** In deze categorie gaat het om situaties waarbij zowel de problematiek als het zorgaanbod laagcomplex zijn.
- **Categorie B:** In deze categorie gaat het om situaties met hoogcomplex problematiek en een laagcomplex zorgaanbod (zie hierboven). Het kan ook gaan om situaties waar hoogcomplex problematiek aanvankelijk een hoogcomplex zorgaanbod vereiste, maar waar de situatie na verloop van tijd enigszins is gestabiliseerd, en het zorgaanbod een redelijk voorspelbaar beloop krijgt.
- **Categorie C:** In deze categorie gaat het om situaties met hoogcomplex problematiek en een hoogcomplex zorgaanbod (zie hierboven).
- **Categorie D:** In deze categorie gaat het om crisissituaties waarbij direct situatief-reactief handelen vereist is, vaak op meerdere gebieden en door meerdere personen. Voorbeelden zijn een acute suicidale crisis of een psychotische decompensatie met acute impact op andere levensgebieden of met gevaar. De vereiste zorg is vaak complex, past vaak niet in protocollen, vereist de juiste afweging en deskundige inschatting van risico's.

De MGGZ biedt zowel individuele zorg als groepsbehandeling en kan zowel ambulante, in deeltijd, dagklinisch of klinisch. Het zorgaanbod van de MGGZ is georganiseerd in zorgprogramma's en is een samenhangend geheel van standaard- en optionele generieke modules voor behandeling en/of begeleiding met verschillende therapievormen en interventies voor specifieke stoornissen en/of een specifieke zorgvraag. De zorg is vraag gestuurd en passend. Indicatiestelling kan leiden tot verwijzing naar andere civiele GGZ-instellingen met een passend behandelplan.

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. Elke zorgvrager heeft daarbinnen zijn eigen zorgtraject. Bevoegde en bekwaame (regie)behandelaren voeren de zorg uit. Hierbij wordt de professionele standaard gevolgd of wordt daar gemotiveerd van afgeweken. De zorg is gefaseerd opgebouwd en doorgaans met een duidelijk begin- en eindpunt. Aan elke traject liggen SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) geformuleerde doelen ten grondslag. Over doel, duur en inhoud van het traject maken behandelaar, zorgvrager en waar mogelijk het systeem afspraken die worden vastgelegd in een behandelplan. Zorgprogramma's worden periodiek geëvalueerd. Bij deze evaluatie worden recente ontwikkelingen betrokken, evenals interne meetgegevens over de effectiviteit en efficiëntie van het behandelprogramma (waaronder de uitkomst van Routine Outcome Monitoring (ROM)) en de zorgvrager tevredenheid besproken.

3. Zorg rondom operationele inzet

Zorg rondom operationele inzet kan worden ingedeeld in verschillende fases: voor, tijdens en na inzet.

Tijdens operationele inzet is, afhankelijk van de omvang van de eenheid en de risicograad van de missie, een Sociaal Medisch Team (SMT) al dan niet geheel ontplooid aanwezig in het inzetgebied. In complete vorm bestaat een SMT uit personeelsfunctionaris, geestelijke verzorger (GV), bedrijfsmaatschappelijk werkende (BMW), arts en psycholoog, in afgeschaalde vorm staan functionarissen die niet zijn ontplooid "in de achterwacht" en ondersteunen de ontplooid SMT-leden vanuit Nederland. Indien nodig kan een functionaris in de achterwacht ingevlogen worden voor (tijdelijke) opschaling van het SMT in het inzetgebied. Het afschalen vindt plaats op basis van het kringenmodel van Gersons. Het SMT is voor de commandant het professionele platform waarin alle voorkomende psychosociale, medische en psychische aspecten van een uitzending worden geadresseerd. Indien er in het inzetgebied geen SMT beschikbaar is, kan de commandant aldaar terugvallen op het zogenoemd 'SMT kleine missies' dat vanuit Nederland beschikbaar is.

De psychologische hulpverlening tijdens operationele inzet is gericht op het operationeel inzetbaar houden, dan wel zo snel als mogelijk weer inzetbaar krijgen van de militair met psychische klachten, het voorkomen van disfunctioneren en uitval door psychische gezondheidsschade. Dit kan door het nemen van preventieve maatregelen of door deze schade te herstellen of te beperken in ernst, omvang en duur. De taken van de psycholoog zijn: participatie in het SMT, crisisopvang, opvang en nazorg bij schokkende gebeurtenissen (o.a. ondersteunen Collegiaal Netwerk/TRiM), individuele psychologische behandeling, werkinterventies op groepsniveau, psychologische advisering ten behoeve van commandanten en voorbereiding op adaptatie.

Tijdens operationele inzet wordt als onderdeel van de thuisfrontcontactdagen (TFC'n) voorlichting gegeven door de MGGZ aan het thuisfront.

Ook hebben de militair psychologen van de MGGZ een rol tijdens de adaptatie. Aan het einde van de operationele inzet, vóór terugkeer naar Nederland is er een periode van adaptatie op een 'derde locatie' tussen het inzetgebied en thuis. Hier kijkt de groep uitgezonden militairen terug op de afgelopen inzet, en kijkt men vooruit naar hereniging, re-integratie thuis en op het werk, en het weer functioneren in het "normale" leven. Er wordt psycho-educatie gegeven en indien nodig worden mogelijkheden tot zorg besproken. De MGGZ leidt de gespreksleiders en supervisors voor de adaptatiegesprekken op en organiseert jaarlijkse deskundigheidsbevorderingen voor hen.

III. 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 militaire deskundigheid. Deze zit bij de MGGZ in de genen aangezien zowel de hulpverleners als de zorgvragers een defensiemedewerker is. Een belangrijk deel van de hulpverleners is zelf ook militair/veteraan. 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- als themagewijs. Deze netwerken staan in het teken van collegiale uitwisseling en advies, van spreading en verdieping van professionele kennis.

Structurele samenwerkingspartners

De MGGZ is 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 samenwerkingscontacten met de partners in de zorgketen om continuïteit van behandeling en spoedeisende hulp te kunnen borgen en af te stemmen.

Samenwerking met Defensie Ondersteuningscommando:

- **Eerstelijns Gezondheidsbedrijf (EGB)**
De MGGZ werkt samen met verantwoordelijk militair arts binnen het Eerstelijns Gezondheidsbedrijf (EGB). De arts verwijst naar de MGGZ. De verwijzing verloopt in overleg met het Centraal Aanmeld Team van de MGGZ. De arts is verantwoordelijk tot cliënt gezien is voor het eerste intakegesprek. De MGGZ informeert de militair arts schriftelijk over de behandeling, in ieder geval na de intake en bij afsluiting van de behandeling. In het verslag wordt met toestemming van de zorgvrager minimaal opgenomen: diagnose, inhoud en verloop van de behandeling, actuele gezondheidssituatie en eventueel vervolgbeleid. De Centrale Zorgeenheid is 24/7 bereikbaar en ondersteunt onder andere de (militaire) huisartsenzorg met coördineren van acute psychiatrische zorg naar de regionale crisisdiensten. De MGGZ werkt tevens nauw samen met de POH-GGZ van het EGB.
- **Dienst Geestelijke Verzorging:** De Diensten Geestelijke Verzorging (DGV) dragen bij aan het (geestelijk) welbevinden van militairen, burgerpersoneel, veteranen en het thuisfront, en aan de moraliteit van de krijgsmacht als geheel.
- **Dienst Bedrijfsmaatschappelijk Werk:** DBMW is er voor defensiepersoneel waarbij de balans tussen psychosociale 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. DBMW kan aan militairen adviseren om via VMA verwezen te worden. De MGGZ kan adviseren om voor psychosociale problemen contact op te nemen met DBMW. De MGGZ heeft op meerdere gebieden samenwerking met DBMW, bijvoorbeeld t.a.v. operationele zorg, opleidingen en trainingen.
- **Centraal Militair Hospitaal (CMH):** Het CMH levert specialistische (tweedelijns) zorg. De behandelingen richten zich op het weer inzetbaar maken van militairen. Daarnaast kent het CMH de specifieke gezondheidsproblemen die bij militairen voorkomen.

- **Militair Revalidatie Centrum (MRC):** Het MRC is het revalidatiecentrum voor militairen en burgers en biedt hulp bij herstel na een ongeluk, operatie, ziekte of beroerte. De polikliniek Aanhoudende Lichamelijke Klachten (ALK) biedt een behandelprogramma voor actief dienende militairen die kampen met gezondheidsklachten waarvoor nog geen duidelijk aanwijsbare oorzaak is gevonden. De ALK-behandeling wordt in samenwerking met de MGGZ verzorgd.

ARQ

Nationaal Psychotrauma Centrum is expert op het gebied van schokkende gebeurtenissen en psychotraumatologie voor individu, organisatie en samenleving. ARQ is voor de MGGZ één van de derdelijns verwijspartners.

Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV)

Post-actieve militairen en veteranen zijn in principe aangewezen op de reguliere civiele zorgverlening. Bij (mogelijk) aan inzet gerelateerde psychische of psychosociale problemen kan een post-actieve 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) en militaire partners; MGGZ, DBMW, en GV. Vanuit dit zorgsysteem kunnen post-actieve militairen met uitzend gerelateerde geestelijke gezondheidsklachten terecht bij de MGGZ. De toegang tot het LZV verloopt via het Veteranenloket.

Universitair Medisch Centrum Utrecht

Er is een samenwerkingsverband met het UMCU vanuit de overkoepelende samenwerkingsovereenkomst Defensie – UMCU. Er is op diverse niveaus samenwerking, zowel in de zorgtaken als het wetenschappelijk onderzoek.

Directie Operaties (DOPS)

De MGGZ werkt samen met de Directie Operaties Afdeling J1 (DOPS J1) in het kader van de operationele zorg. De DOPS J1 is belast met operationele personeelszaken en ondersteunt de Commandant Der Strijdkrachten bij de inzet gereedstelling en de inzet van Nederlandse militairen. De MGGZ participeert in de Commissie Coördinatie Personeelszorg (CCPZ), waarbij onder leiding van de hoofd DOPS/J1 de zorg voor, tijdens en na operationele inzet voor de verschillende missies en inzetten met de Operationele Commando's (OPCO's) en de zorg- en hulpverleningsinstanties van Defensie wordt gecoördineerd. De MGGZ heeft binnen de CCPZ de adviesrol op het gebied van de operationele geestelijke gezondheidszorg.

Operationele Commando's (OPCO's)

De OPCO's zijn de krijgsmachtdelen die de missies en operationele inzetten uitvoeren. De MGGZ heeft naast een adviserende rol op gebied van de operationele gezondheidszorg tevens een participerende rol met een psycholoog (in de achterwacht) in de Sociaal Medisch Teams van de missies en operationele inzetten.

IV. Organisatie van de zorg

Dit hoofdstuk beschrijft de besturing van de MGGZ en het organisatiemodel en vervolgens hoe de professionals georganiseerd zijn. Verder komt aan de orde wat de algemene en de specifieke verantwoordelijkheden van de professionals zijn en hoe de zorg georganiseerd is.

De MGGZ

De directeur MGGZ is verantwoordelijk voor de totale zorg die wordt verleend. De directeur wordt geadviseerd door een Management Team (adjunct directeur Zorg, hoofd Bedrijfsvoering, hoofd Expertisecentrum, hoofd Centrale Zorgeenheid, hoofd Regiocentrum Midden, hoofd Regiocentrum Noordwest, hoofd Regiocentrum Noordoost en hoofd Regiocentrum Zuid).

Aan het organisatiemodel van de MGGZ liggen heldere kerndoelstellingen ten grondslag die de basis zijn van de visie op preventie en behandeling bij de MGGZ. Hierbij staan de concepten als resiliënce/veerkracht (optimisme, actieve coping skills, cognitieve flexibiliteit, fysieke gezondheid, sociaal netwerk en moreel kompas), het kringenmodel van Gersons, positieve gezondheid (Huber) en duurzaam gezond inzetbaar centraal. De MGGZ behandelt geïntegreerd/holistisch.

De MGGZ biedt zorg aan op vier verschillende locaties. Voor de zorg zijn zorgprogramma's ontworpen. Cliënten krijgen toegang tot een van deze programma's middels een intake. De zorgprogramma's bieden een toegankelijk en transparant zorgaanbod waarbij de MGGZ streeft naar dat de zorg juist, doelmatig, tijdig en veilig is.

De borging van de vakinhoudelijke kwaliteit van de zorg is binnen de MGGZ ondergebracht bij bureau Zorg. Bureau Zorg werkt daarbij intensief samen met bureau bedrijfsvoering en het Expertisecentrum om te komen tot een geïntegreerd zorgbeleid binnen de MGGZ. Daarnaast adviseren en toetsen de leden van het Vakgroep Overleg (VGO) het bestaande zorgbeleid en ontwikkelen zij zorgvraagbeleid en zorgvraagstukken in de meest brede zin binnen de MGGZ. Het VGO geeft advies aan directeur MGGZ.

De organisatie van de professionals

Het primaire proces van de MGGZ wordt uitgevoerd door hoog gekwalificeerde zorgprofessionals. De kwaliteit van het primaire zorgproces, dat aansluit op het zorgbeleid, wordt daar waar van toepassing geborgd door registratie- en herregistratie-eisen voor de diverse zorgprofessionals in de vorm van werkervaringsuren, intervisie en deskundigheidsbevordering (deelname aan congressen, workshops en (kortdurende opleidingen). De MGGZ ondersteunt de zorgprofessionals om aan de gestelde eisen te voldoen.

Alle indicerende en coördinerende regiebehandelaars moeten zich verenigen in lerende netwerken. Binnen een lerend netwerk wordt gezamenlijk en systemisch gereflecteerd op het zorgproces en het eigen handelen binnen de zorgaanbieder. Iedere indicerend of coördinerend regiebehandelaar reflecteert minimaal twee keer per jaar op zijn werk als indicerend of coördinerend regiebehandelaar in een lerend netwerk. Dit lerende netwerk bestaat uit ten minste vier andere indicerend of coördinerend regiebehandelaren uit twee of meer disciplines. De MGGZ heeft hiervoor een werkinstructie opgesteld.

De professionals

De professionals ontlenen hun verantwoordelijkheid aan het deskundigheidsgebied waarvoor zij zijn opgeleid en dienen professioneel autonoom te kunnen handelen. Zij zijn daarbij gebonden aan:

- De voor hen geldende professionele (wetenschappelijke) standaard

- De voor hen geldende beroepscode
- De geldende wet- en regelgeving
- De geldende kaders van Defensie en de MGGZ

Specifieke verantwoordelijkheden

Binnen de MGGZ zijn verschillende professionals met specifieke verantwoordelijkheden:

- Regiebehandelaar (indicierend en coördinerend)
- Medebehandelaar

Regiebehandelaar

Binnen het zorgproces kunnen twee centrale onderdelen worden onderscheiden:

1. De probleemanalyse, indicatiestelling met het vaststellen van een diagnose, de best passende behandeling en begeleiding en reflectie daarop. In deze fase is de indicierend regiebehandelaar verantwoordelijk.
2. De behandeling en begeleiding zelf, waarbij goede coördinatie, reflectie en laagdrempelige bereikbaarheid van belang zijn. In deze fase is de coördinerend regiebehandelaar verantwoordelijk.

Deze twee onderdelen van het zorgproces hangen nauw met elkaar samen en kunnen tijd volgend overlappen, maar kennen eigen kwaliteitsaspecten die voor de regievoering verschillende competenties vereisen.

Bij deze twee centrale onderdelen van het zorgproces horen twee regierollen:

1. De indicerende rol. De indicierend regiebehandelaar analyseert het probleem, op basis van professionele kennis en ervaring, samen met de zorgvrager en eventueel met gebruik van deskundigheid van andere zorgverleners. Hij maakt een probleemanalyse, stelt een diagnose en maakt een behandelplan op hoofdlijnen voor behandeling en begeleiding. Tijdens de latere behandel fase wordt hij betrokken bij vastgelegde reflectiemomenten. Ook wordt hij betrokken bij ingrijpende wijzigingen in complexiteit van de situatie of vastlopen van de behandeling en begeleiding en stelt hij waar nodig een nieuw behandelplan op.
2. De coördinerende rol. De coördinerend regiebehandelaar zorgt voor goede afstemming en coördinatie van het zorgaanbod en samenwerking tussen de betrokken zorgverleners uit verschillende disciplines. Waar nodig werkt de coördinerend regiebehandelaar het behandelplan op meer gedetailleerd niveau uit. Daarnaast reflecteert hij regelmatig samen met de zorgvrager (en bij ingrijpende veranderingen ook met de indicierend regiebehandelaar) op de behandeling en begeleiding, stelt hij waar nodig het behandelplan bij of beëindigt hij het behandelplan. De coördinerend regiebehandelaar is ook het centrale aanspreekpunt voor de zorgvrager.

Deze rollen gaan gepaard met verschillende taken en verantwoordelijkheden die elkaar aanvullen en versterken. Deze twee rollen kunnen door twee verschillende regiebehandelaren worden ingevuld. In bepaalde gevallen kunnen beide rollen door één persoon worden ingevuld, bijvoorbeeld op verzoek van de zorgvrager of als deze zorgverlener over competenties voor beide rollen beschikt. Als beide rollen door dezelfde persoon worden uitgevoerd, vraagt de reflectie met de zorgvrager op de geleverde behandeling en begeleiding specifieke aandacht en speelt het lerend netwerk van de zorgverlener een belangrijke rol. Het is voor het uitvoeren van beide rollen essentieel dat de indicierend regiebehandelaar en coördinerend regiebehandelaar in direct contact een vertrouwensrelatie opbouwen met de zorgvrager.

De invulling van het regiebehandelaarschap verloopt conform de veldafpraak 'Tijdelijke invulling regiebehandelaarschap in 2022' van het Zorgprestatie model.

Binnen de Generalistische BGGZ kunnen de volgende beroepsgroepen als zowel indicierend- als coördinerend regiebehandelaar optreden: GZ psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog en verpleegkundig specialist. Er is altijd een psychiater of klinisch psycholoog beschikbaar voor advies of consultatie. De SPV kan in categorie A en B als coördinerend regiebehandelaar optreden.

Binnen de specialistische GGZ kunnen de volgende beroepsgroepen als regiebehandelaar optreden: psychiater, klinisch psycholoog, GZ psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist. In geval van acute crisisinterventie is de regiebehandelaar een psychiater of klinisch psycholoog.

De indicierend regiebehandelaar heeft bij de probleemanalyse de volgende taken

- Het samen met de patiënt/cliënt en eventueel met andere medebehandelaren (waar nodig ook de verwijzer) in kaart brengen van de problematiek.
- Het samen met de patiënt/cliënt en eventueel met andere medebehandelaren vaststellen van de zorgbehoefte en het doel van de behandeling en begeleiding.
- Het zorg dragen voor een met de patiënt/cliënt gedeelde conclusie, die het vertrekpunt is voor de diagnose en voor passende behandeling en begeleiding.

De indicierend regiebehandelaar heeft bij het vaststellen van het best passende zorgaanbod de volgende taken

- De afweging maken of de zorgvraag van de patiënt/cliënt en de complexiteit van de situatie aansluiten bij het beschikbare zorgaanbod. Als bij de betreffende zorgaanbieder geen passend aanbod is, verwijst de indicierend regiebehandelaar terug naar de huisarts of adviseert hij een andere zorgaanbieder met een beter passend zorgaanbod (bijvoorbeeld een andere specifieke deskundigheid).
- Het vaststellen van de diagnose.
- In dialoog met de patiënt/cliënt bespreken, vaststellen en organiseren van interventies en activiteiten.
- Het in samenspraak met de patiënt/cliënt en eventuele medebehandelaren en geconsulteerde collega's opstellen en vaststellen van de richting en de contouren van het behandelplan. Het behandelplan bevat in ieder geval:
 - De doelen van de behandeling en begeleiding voor een bepaalde periode, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de patiënt/cliënt.
 - De wijze waarop de zorgverlener(s) en de patiënt/cliënt de gestelde doelen trachten te bereiken, wat haalbaar is in de betreffende situatie én wat bijdraagt aan de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren van de patiënt/cliënt.
 - Wie de interventie(s) gaat uitvoeren en wie verantwoordelijk is voor de verschillende onderdelen van de behandeling en begeleiding.
 - Afspraken over hoe te handelen bij een crisis en op welke manier voor waarneming tijdens afwezigheid van de indicierend en coördinerend regiebehandelaar wordt zorggedragen.
 - Wie de rol van coördinerend regiebehandelaar vervult.
 - Na hoeveel tijd er op de behandeling en begeleiding wordt gereflecteerd en wanneer de behandeling en begeleiding waar nodig moet worden bijgesteld.
- De patiënt/cliënt geeft toestemming voor het behandelplan en het behandelplan blijft gedurende de behandeling en begeleiding ter beschikking van de patiënt/cliënt. De patiënt/cliënt heeft te allen tijde, zowel tijdens als na de behandeling en begeleiding recht op inzage, verstrekking van een kopie en vernietiging van het behandelplan.
- Mocht de patiënt/cliënt niet direct na diagnostiek in behandeling kunnen worden genomen, dan is de indicierend regiebehandelaar de eerstverantwoordelijke zorgverlener voor de zorg van de patiënt/ cliënt in de tussenliggende periode. De indicierend

regiebehandelaar gaat hierbij na welke tussentijdse zorg nodig en mogelijk is voor de patiënt/cliënt.

- Schriftelijk terugkoppelen aan de verwijzer als het behandelplan is vastgesteld. Hiervoor moet expliciete toestemming worden gegeven door de patiënt/cliënt.
- Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling en begeleiding heeft de indicierend regiebehandelaar de doorslaggevende stem. Dit gebeurt altijd in samenspraak en met instemming met de patiënt/cliënt, tenzij dit niet mogelijk is op basis van de vigerende wet- en regelgeving voor onvrijwillige of verplichte zorg.

De indicierend regiebehandelaar voert bij de reflectie de volgende taken uit

- Op basis van het behandelplan of op initiatief van de coördinerend regiebehandelaar, op initiatief van patiënt/cliënt of op initiatief van beiden periodiek en tijdig reflecteren op de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling en begeleiding. Als de indicierend en coördinerend regiebehandelaar dezelfde persoon is, is op zijn minst aantoonbaar dat de regiebehandelaar onderdeel is van een lerend netwerk
- Als tijdens de reflectiemomenten blijkt dat een nieuwe probleemanalyse, indicatiestelling en daarop aansluitend behandelplan nodig zijn, dan doorloopt de indicierend regiebehandelaar deze stappen.

De coördinerend regiebehandelaar heeft als centraal aanspreekpunt de volgende taken

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

De coördinerend regiebehandelaar voert bij de coördinatie de volgende taken uit

- Toezien op de uitvoering van het opgestelde behandelplan.
- Waar nodig op meer gedetailleerder niveau uitwerken van het behandelplan.
- Monitoren van de voortgang van behandeling en begeleiding.
- Coördineren van zorg, met name op dynamische momenten, zoals na bijstelling van het behandelplan, bij voorgenomen ontslag of bij het afronden van de behandeling en begeleiding.
- Zich regelmatig laten informeren door de betrokken zorgverleners over de voortgang van de behandeling en begeleiding of over belangrijke ontwikkelingen.
- Organiseren van voldoende afstemming en (multidisciplinair) overleg tussen de betrokken zorgverleners en het vaststellen van de frequentie van overlegmomenten.
- Zorgen voor een goede overdracht van gemaakte afspraken, als er een wisseling tussen zorgverleners plaatsvindt en deze afspraken vastleggen in het behandelplan en dossier.

De coördinerend regiebehandelaar voert bij de reflectie de volgende taken uit:

- Zorg dragen voor de in het behandelplan vastgestelde reflectiemomenten en het hierbij (waar nodig) betrekken van de indicierend regiebehandelaar.
- Monitoren en organiseren van extra reflectiemomenten (bijvoorbeeld bij ingrijpende veranderingen of complicaties).
- Bijstellen, overdragen of beëindigen van de behandeling en begeleiding en aanpassen van het behandelplan, als blijkt dat de behandeling en begeleiding niet meer helemaal passend is. In afstemming met de zorgvrager en (waar nodig) de indicierend behandelaar.
- Schriftelijk terugkoppelen aan de verwijzer als de behandeling en begeleiding zijn beëindigd. Hiervoor moet expliciete toestemming worden gegeven door de zorgvrager.

Medebehandelaar

De professional die verantwoordelijk is voor (een deel van) de uitvoering van het behandelplan ten behoeve van de individuele zorg aan cliënten. Soms is er sprake van een multidisciplinaire aanpak en worden meerdere behandelmodules gelijktijdig of achtereenvolgens aangeboden. Elke betrokken professional draagt dan een eigen verantwoordelijkheid voor de uitvoering van dat deel van het behandelplan. De medebehandelaar informeert de regiebehandelaar over de voortgang van de behandeling in het multidisciplinair overleg.

Multidisciplinair Overleg (MDO)

De bevindingen over inhoud, verloop en uitkomsten van de categorie B tot en met D wordt getoetst in het MDO. De cliëntbespreking in het MDO vindt in ieder geval plaats bij afronding van de intakefase, bij stagnatie van de behandeling of voorstel wijziging behandelplan. Minimaal 1x per jaar wordt cliënt besproken in het MDO. Bij toename risico's, bijvoorbeeld suïcidaliteit wordt cliënt tevens besproken in het MDO. Hierbij is altijd een psychiater en klinisch psycholoog betrokken. De belangrijkste conclusies van de cliëntbespreking en de consequenties voor de behandeling worden vastgelegd in het behandelplan.

Meningsverschillen / escalatieprocedure

In de basis spant eenieder zich in om inhoudelijk zoveel mogelijk op één lijn te komen, waarbij advies kan worden gevraagd aan het MDO. Wanneer een medebehandelaar of één van de regiebehandelaren van mening is, dat het vastgestelde beleid niet in overeenstemming is met zijn geweten, hij zich niet kan neerleggen bij het besluit van de regiebehandelaar of wanneer hij meent, dat bepaalde regels of gewoonten in strijd zijn met de eisen van een zorgvuldige hulpverlening conform zijn professionele standaard of beroepscode, dan dient hij zich te wenden tot het regiohoofd. Indien dit voor een van de betrokkenen niet tot een bevredigende oplossing leidt, kan deze zich wenden tot de adjunct directeur Zorg.

Zorg tijdens operationele inzet

De MGGZ draagt bij aan:

- SMT (op afstand);
- SPRINT;
- psycholoog op uitzending;
- adaptatie.

Tijdens operationele inzet is, afhankelijk van de omvang van de eenheid en de risicograad van de missie, een zorgteam van hulp- en zorgverleners aanwezig, bestaande uit geestelijke verzorging (GV), bedrijfsmaatschappelijk werk (BMW), arts en een psycholoog. Deze hulp- en zorgverleners vormen een multidisciplinair Sociaal Medisch Team (SMT). Dit team is voor de commandant het professionele platform waarin alle voorkomende psychosociale, medische en psychische aspecten van een uitzending worden geadresseerd.

De psychologische hulpverlening tijdens missies/operationeel optreden is gericht op het operationeel inzetbaar houden, dan wel zo snel als mogelijk weer inzetbaar krijgen van de militair met psychische klachten, het voorkomen van disfunctioneren en uitval door psychische gezondheidsschade. Dit kan

door het nemen van preventieve maatregelen of door deze schade te herstellen of te beperken in ernst, omvang en duur. De taken van de psycholoog zijn:

- Het participeren als psycholoog in het SMT
- Crisisopvang van individuen
- Opvang en nazorg bij schokkende gebeurtenissen
- Kortdurende individuele interventies
- Werkinterventies op groepsniveau
- Psychologische advisering ten behoeve van commandanten
- Voorbereiding op adaptatie

Ook hebben de militair psychologen van de MGGZ een rol tijdens de adaptatie. Aan het einde van de uitzending, vóór terugkeer naar Nederland is er een periode van adaptatie op een 'derde locatie' tussen het uitzendgebied en thuis. Hier kijkt de groep uitgezonden militairen terug op de afgelopen missie en staat men stil bij het weer functioneren in het "normale" leven. Psycho educatie wordt gegeven en mogelijkheden tot zorg indien nodig worden besproken.

V. 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) (huis)arts de verwijzer. Het is de verantwoordelijkheid van de verwijzer om zorg te dragen dat de verwijzing voldoet aan de normen die daarvoor gelden. Er is twee keer per jaar overleg tussen de MGGZ en het EGB onder meer over de afstemming van verwijzingen. 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 arts verwijst de militaire zorgvrager naar de MGGZ middels het standaard verwijsformulier.
2. De burger huisarts verwijst de post-actieve militair naar de MGGZ middels een verwijsbrief.

Bij optie 1 beoordeelt het Centrale Aanmeld Team (CAT) van de MGGZ of de aanmelding voldoet aan de gestelde eisen van verwijzing, triageert op basis van de gegevens en verdeelt de verwijzing naar het regiocentrum.

Bij optie 2 triageert het regionaal coördinatie overleg (RCO) van het LZV, in overleg met de desbetreffende post-actieve militair, de verwijzing en bepaalt dat de MGGZ de beste behandeling kan bieden binnen de LZV keten. Vervolgens beoordeelt het CAT van de MGGZ of de aanmelding voldoet aan de gestelde eisen, triageert op basis van de gegevens en verdeelt de verwijzing naar het regiocentrum.

De formele eisen die gesteld worden voor een aanmelding naar de curatieve GGZ zijn de aanwezigheid van Burgerservicenummer, verzekeringsbewijs, identiteitsbewijs en verwijsbrief conform de NHG-richtlijn 'Informatie-uitwisseling huisarts-GGZ'.

Indien de aanmelding niet aan de gestelde eisen voldoet, neemt de administratie in het kader van afstemming contact op met de verwijzer.

Indien er sprake is van een inhoudelijk onterechte verwijzing, neemt het CAT van de MGGZ contact op met de verwijzer voor overleg over een meer passend behandelaanbod.

Indien de aanmelding aan de formele eisen voldoet, wordt voor de zorgvrager een afspraak voor een intakegesprek gepland binnen een van de verschillende regiocentra of de CZE.

De zorgvrager kan bij aanmelding zijn voorkeuren kenbaar maken voor wat betreft het regiocentrum en 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 verantwoordelijk voor en 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. Er wordt een behandelplan opgesteld met de indicierend regiebehandelaar, waarna een behandelovereenkomst wordt gesloten. De indicierend regiebehandelaar heeft evenwel in de intakefase direct contact (face to face, via beeldbellen of telefonisch) met de zorgvrager. Indien de zorgvrager niet instemt met de keuze van de coördinerend regiebehandelaar of medebehandelaar, gaat de regiebehandelaar na wat zijn bezwaren en wensen zijn en biedt eventueel 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 (regie)behandelaar 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 van de behandeling. Op basis van deze informatie formuleert hij de diagnose. De (regie)behandelaar vraagt de zorgvrager of hij in behandeling is bij andere zorgaanbieders en indien een risicotaxatie daartoe aanleiding geeft of

- 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 Meldcode huiselijk geweld zou hierin ondersteunend kunnen zijn.

De (regie)behandelaar 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 na de MDO bespreking over de behandel mogelijkheden en wachttijden. Voor iedere ambulante patiënt wordt gestreefd binnen zes weken na het eerste intakecontact dan wel na maximaal drie intakecontacten een behandelplan opgesteld.

Voor iedere klinische patiënt wordt binnen twee dagen na opname behandelplan gemaakt.

In categorie A wordt tijdens of na het eerste intakegesprek met de zorgvrager de diagnose, de DSM-classificatie en behandeladvies op basis van de gestelde doelen besproken.

Na verkregen instemming van de zorgvrager, stelt de regiebehandelaar het behandelplan vast, het eindproduct van de intake. 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 zorgprogramma 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 (regie)behandelaar streeft ernaar om de wensen van de zorgvrager en de behandelinhoudelijke mogelijkheden zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. De gestelde doelen zijn specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden 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 behandelplan en wordt contact gezocht met een WVGZ 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 cliënt 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 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. Indien geïndiceerd biedt de MGGZ overbruggingszorg. De MGGZ heeft daarvoor een generieke module overbruggingszorg.

De verwijzer en indien deze niet de huisarts is, ook de huisarts worden hiervan schriftelijk in kennis gesteld, met expliciete toestemming van cliënt.

Behandeling

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 vastgelegd:

- de hulpvraag van de patiënt, diagnose en gezamenlijke probleemstelling
- de SMART-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 naam van de regiebehandelaar en mede-behandelaren
- de wijze van afstemming tussen meerdere mede-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 Overleg (MDO) 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.

Verantwoordelijkheidsdeling en consultatie

Indien de regiebehandelaar geen psychiater of KP-er is, wordt deze geconsulteerd wanneer:

- a. er gevaar dreigt voor anderen of voor de patiënt (waaronder suïcidegevaar, (dreigende) crisis)
- b. er sprake is van non-respons op de behandeling conform de professionele standaard

Indien de regiebehandelaar geen psychiater is, wordt deze geconsulteerd wanneer;

- a. elektroconvulsietherapie (ECT) overwogen wordt
- b. inzet, intensivering of afschaling van vormen van dwang (behandeling) overwogen wordt
- c. er sprake is van opname en/of afgeven medische verklaring in kader WVGZ
- d. er een verzoek van de patiënt is om zelfdoding of euthanasie
- e. medisch coördinerende zorg nodig is bij verdenking op somatische problematiek

Indien er sprake is van een behandeltraject in het kader van de WVGZ 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 mede-behandelaren 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 (minimaal 1x per jaar)
- Routine Outcome Monitoring, bij start, eventueel waar nodig tussentijds (minimaal 1x per jaar) en bij afronding van de behandeling.

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 cliënt, mede-behandelaren of het team. Bij de bespreking met het team in een MDO is een psychiater en 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 er een rapport gemaakt over de cliënttevredenheid.

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, vertrek of uitzending).

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. In deze gevallen wordt aan de zorgvrager een brief gestuurd met daarin een reactietermijn. In geval van geen reactie wordt in overleg met de verwijzer het dossier gesloten.

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 zorgeenheid (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. We volgen de [generieke module acute psychiatrie](#).

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 gevaar criteria wordt behandeling in het kader van de WVGZ 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 ZPM, alsook het overdragen van het medicatiebeleid aan huisarts of vervolgbehandelaar. Voor zover aan de orde stelt de regiebehandelaar een vervolgbehandelaar (met expliciete toestemming van zorgvrager) in kennis van het verloop van de behandeling en de behaalde resultaten voorzien van het vervolgadvies, tenzij de zorgvrager hiertegen bezwaar maakt.

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. Deze kan dan contact opnemen met de MGGZ.

IV. Ondertekening

Dit professioneelstatuut is afgestemd en besproken met de medezeggenschapscommissie en geldt voor de duur van twee jaar, van 1 juli 2022 tot 1 juli 2024. Dit professioneelstatuut wordt eenmaal per jaar, voor het einde van de looptijd, geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Hierbij worden de cliëntenparticipatie en de medezeggenschapscommissie betrokken. Bij niet naleven van dit statuut kunnen zorgvragers gebruik maken van de klachtenregeling, zoals beschreven in dit statuut. De directie draagt eindverantwoordelijkheid voor de inhoud en naleving van dit professioneelstatuut.

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

Kolonel (AR) Drs. B.J. Berendsen

Directeur Militaire Geestelijke Gezondheidszorg

Utrecht, 16 april 2024