

Goedgekeurd kwaliteitsstatuut ggz - Instelling format 4.0

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

I. Algemene informatie

1. Gegevens ggz-aanbieder

Handelsnaam: Leven & Zorg GGZ B.V.
Hoofd postadres straat en huisnummer: Derkinderenstraat 24
Hoofd postadres postcode en plaats: 1062DB AMSTERDAM
Website: www.levenenzorg.nl
KvK nummer: 61473510
AGB-code 1: 22220722

2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt

Naam: Mohamed el Aazzaoui
E-mailadres: m.elaazzaoui@levenenzorg.nl
Tweede e-mailadres: bouri@levenenzorg.nl
Telefoonnummer: 020-8208230

3. Onze locaties vindt u hier

Link: <http://levenenzorg.nl/ggz/>

4. Beschrijving aandachtsgebieden/zorgaanbod:

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

Leven en Zorg GGZ biedt behandeling aan binnen de Basis en Specialistische GGZ. Wij zijn een kleurrijke organisatie en richten onze behandelingen niet tot een specifieke doelgroep. Wij behandelen voornamelijk vanuit een evidence based behandeling o.a. CGT, EMDR, ACT, NET, psychodynamische psychotherapie, farmacotherapie etc. Binnen de GGZ kunnen cliënten zorg krijgen in o.a. Nederlands, Duits, Engels, Klassiek Arabisch, Marokkaans Arabisch, Berbers, Surinaams en Turks.

De voornaamste klachten die wij behandelen zijn:

Stemmingsstoornissen
Angststoornissen
PTSS
Somatoforme stoornissen
ADHD
Autisme
Persoonlijkheidsstoornissen

Wij proberen zoveel mogelijk het netwerk te betrekken door o.a. heteroanamnese en het in kaart brengen van steunbronnen.

Onze behandelingen vinden face to face als online plaats via E-health modules
https://levenenzorg.nl/website_2020/wp-content/uploads/modules.pdf

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

Angststoornissen
Depressieve stemmingsstoornissen
Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen
Neurocognitieve stoornissen
Persoonlijkheidsstoornissen
Trauma en stress gerelateerde stoornissen

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

Ja, wij hebben een afdeling hoogspecialistische ggz voor
Angststoornissen
Depressieve stemmingsstoornissen
Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen
Neurocognitieve stoornissen
Persoonlijkheidsstoornissen
Trauma en stress gerelateerde stoornissen

4d. Heeft u nog overige specialismen:

Dubbele diagnose (aanbod specifiek gericht op behandeling van bijvoorbeeld verslaving icm een psychische stoornis of een eetstoornis icm PTSS), nl
stemming en angst
trauma en angst

5. Beschrijving professioneel netwerk:

Leven & Zorg werkt intensief samen met huisartsen, sociale wijkteams, jeugdzorginstellingen, algemene ziekenhuizen en ambulante zorgaanbieders. Maar ook met (overkoepelende) familieraden, familie-organisaties, cliëntenraden en zorgverzekeraars.
Voor acute psychiatrie is er een samenwerkingsverband met Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam.

6. Onze instelling biedt zorg aan in:

Er is sprake van een overgangssituatie waarbij we zowel werken met een onderscheid in generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz als een indeling naar settings van het Zorgprestatiemodel. In de toekomst zal het eerste onderscheid komen te vervallen.

:

Setting 2 (ambulant – monodisciplinair)/ generalistische basis ggz:

GZ-psycholoog
Psychotherapeut
Klinisch Psycholoog

Setting 2 (ambulant - monodisciplinair) / gespecialiseerde ggz:

Psychiater
GZ-psycholoog
Psychotherapeut
Klinisch Psycholoog

Setting 3 (ambulant - multidisciplinair):

Psychiater
GZ-psycholoog
Psychotherapeut
Klinisch Psycholoog

7. Structurele samenwerkingspartners

Leven & Zorg GGZ B.V. werkt ten behoeve van de behandeling en begeleiding van cliënten samen met (beschrijf de functie van het samenwerkingsverband en wie daarin participeren (vermeldt hierbij NAW-gegevens en website)):

Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam voor acute ambulante zorg zowel binnen als buiten kantoor tijden. Adres: 1e C. Huygensstraat 38, 1054 BR Amsterdam. Tel: 020-5235433.

II. Organisatie van de zorg

8. Lerend netwerk

Leven & Zorg GGZ B.V. geeft op de volgende manier invulling aan het lerend netwerk van indicierend en coördinerend regiebehandelaren. Indien u een kleine zorgaanbieder bent (2 -50 zorgverleners (categorie 2)), dient u ook aan te geven met.

Wij hebben een lerend netwerk opgebouwd met Psychotraumacentrum Haarlem, Evean, De Waag, Perspectief GGZ en 's Heeren Loo Zorggroep, waarbij we ook behandelaren uitwisselen in het kader van de GZ-opleiding.

9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

Leven & Zorg GGZ B.V. ziet er als volgt op toe dat:

9a. Zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn:

Het borgen van bevoegd en bekwaamheden binnen de GGZ vindt plaats door een combinatie van onderstaande afspraken:

- Het multidisciplinair overleg. Alle behandelaren zijn hierbij wekelijks aanwezig. Door het bespreken van behandelplannen en impasses in de behandeling onder begeleiding van specialist (psychiater) en GZ psycholoog. Door dit te bespreken vindt toetsing plaats diagnostisch vermogen, inzicht, bekwaamheid.
- Deskundigheidsbevordering: 1x per 6 weken vindt dit plaats in de vorm van een klinische les.
- Intervisie
- Werkbegeleiding basispsychologen door BIG behandelaren (GZ psycholoog/ psychiater)

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

Er wordt volgens de multidisciplinaire richtlijnen behandeld (Trimbos). Aansluitend op deze richtlijnen wordt gebruik gemaakt van andere erkende therapie vormen. Een voorbeeld hiervan is narratieve therapie toepasbaar op interculturele GGZ, daar veel cliënten met een niet westerse achtergrond vaak niet makkelijk passen in de westers georiënteerde visie. Het opstellen van een genogram (familie stamboom) en afnemen van het culturele interview is een belangrijk onderdeel. Binnen het multidisciplinair overleg worden behandelplannen besproken en daarmee intercollegiaal toegezien dat een behandelplan volgens richtlijn is ingevuld.

9c. Zorgverleners hun deskundigheid op peil houden:

Organiseren en bijwonen van deskundigheidsbevordering wordt binnen Leven en Zorg GGZ gestimuleerd. Dit doen we door:

- Symposia, lezingen en andere bijeenkomsten georganiseerd door verschillende instellingen en welzijnsorganisaties bij te houden. In overleg met de verschillende behandelaren wordt gekeken wie naar welke bijeenkomst gaat zodat eenieder aan deskundigheids bevordering toe komt.
- Intern vindt een keer per 6 weken een deskundigheidsbevordering plaats in de vorm van een klinische les. Deze wordt gegeven door 1 van onze eigen behandelaren of door een gastspreker.
- Op uitnodiging op te treden als gastspreker bij andere instellingen
- Psychiaters hebben een opleidingsbudget om hun jaarlijkse 40 accreditatie punten te behalen in het kader van deskundigheidsbevordering en nascholing. De gehaalde punten worden bijgehouden door P&O.

10. Samenwerking

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

Ja

10b. Binnen Leven & Zorg GGZ B.V. is het (multidisciplinair) overleg en de informatieuitwisseling en -overdracht tussen regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren als volgt geregeld:

Binnen Leven en Zorg GGZ vindt er wekelijks een multidisciplinair overleg (MDO) plaats. Bij dit MDO zijn alle (regie)behandelaren aanwezig die werkzaam zijn binnen de specialistische-GGZ (psychiater, GZ-psycholoog, basisarts, psychologen). Binnen de basis GGZ (BGGZ) worden cliënten één op één met de regiebehandelaar en behandelaar besproken en vindt er in principe geen MDO plaats.

Binnen het MDO worden de volgende zaken besproken:

- Intake en behandelplan
- Evaluatie (na 8-10 behandelcontacten, zie ook 16.D.)
- Cliënten waarbij het behandeltraject afgesloten, verlengd of veranderd (bijv. van BGGZ naar SGGZ).
- Bespreken van no show
- Bespreken van crisissituaties

Werkwijze

- Een regiebehandelaar van de SGGZ zit het MDO voor
- Intakes en evaluaties worden voorbereid en ingebracht door de behandelaar m.b.v. een gestandaardiseerd MDO format.
- Behandelaren brengen cliënten in.
- Verslaglegging wordt tijdens het MDO direct in het elektronisch cliëntdossier gedaan.

10c. Leven & Zorg GGZ B.V. hanteert de volgende procedure voor het op- en afschalen van de zorgverlening naar een volgend respectievelijk voorliggend echelon:

Voorafgaand aan het intakegesprek vindt een telefonische screening (pre-intake) plaats. Deze screening heeft als doel te beoordelen of de hulpvraag van de cliënt passend is binnen het zorgaanbod van Leven en Zorg en of een intake kan worden ingepland. Wanneer de hulpvraag passend wordt geacht, neemt het secretariaat binnen 14 dagen contact op met de cliënt om een intakegesprek te plannen. Wanneer de hulpvraag niet passend is binnen het zorgaanbod, wordt de cliënt niet aangenomen. De behandelaar informeert de huisarts schriftelijk over de afwijzing, met onderbouwing en een passend advies. Het dossier wordt vervolgens afgesloten. Bij intakefase bepaald de regiebehandelaar het zorgtraject en de setting.

10d. Binnen Leven & Zorg GGZ B.V. geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de volgende escalatieprocedure:

Leven en Zorg gaat uit van gezamenlijke besluitvorming als er meerdere behandelaren bij een behandeling zijn betrokken. Op basis van inhoud proberen de behandelaren tot overeenstemming te komen, niet op basis van macht of positie. Bij een verschil van mening heeft de regiebehandelaar de doorslaggevende stem.

11. Dossiervoering en omgang met cliëntgegevens

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

Ja

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

Ja

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

Ja

12. Klachten en geschillenregeling

12a. Cliënten kunnen de klachtenregeling hier vinden:

Link naar klachtenregeling: <https://levenenzorg.nl/klachtenreglement/>

12b. Cliënten kunnen met geschillen over een behandeling en begeleiding terecht bij

Naam geschilleninstantie waarbij instelling is aangesloten: Leven & Zorg is aangesloten bij Stichting Zorggeschil

Contactgegevens: Email: info@zorggeschil.nl

De geschillenregeling is hier te vinden:

Link naar geschillenregeling: www.zorggeschil.nl

III. Het zorgproces - het traject dat de cliënt in deze instelling doorloopt

13. Wachtijd voor intake/probleemanalyse en behandeling en begeleiding

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

Link naar wachttijden voor intake en behandeling: <https://levenenzorg.nl/diensten/ggz/>

14. Aanmelding en intake/probleemanalyse

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

Aanmelding

Aanmeldingen komen binnen via Zorgdomein, telefonisch of per mail. Het secretariaat controleert of de verwijzing volledig is. Indien dit niet het geval is, nemen zij contact op met de verwijzer voor aanvullende informatie. Indien de verwijzing compleet is maakt het secretariaat een dossier aan voor cliënt en plant een screening (pre-intake) in bij een behandelaar.

Screening (pre-intake)

Voorafgaand aan het intakegesprek vindt een telefonische screening (pre-intake) plaats. Deze screening heeft als doel te beoordelen of de hulpvraag van de cliënt passend is binnen het zorgaanbod van Leven en Zorg en of een intake kan worden ingepland.

De telefonische screening wordt uitgevoerd door een behandelaar en ingepland door het secretariaat. Het gesprek duurt circa 15 minuten.

Tijdens de screening brengt de behandelaar op hoofdlijnen de volgende onderwerpen in kaart:

- de aard en ernst van de klachten en problemen;
- de duur van de klachten;
- eventuele eerdere behandelingen en ervaringen daarmee;
- (psycho)farmacagebruik, huidig en in het verleden;
- middelengebruik (zoals alcohol, drugs en gamen);
- eventuele ingrijpende gebeurtenissen of trauma's;
- de aanwezigheid van suïcidale gedachten;
- verwachtingen en doelen ten aanzien van behandeling.

De uitkomsten van de screening worden vastgelegd in het cliëntdossier.

Besluitvorming screening

- Wanneer de hulpvraag passend wordt geacht, neemt het secretariaat binnen 14 dagen contact op met de cliënt om een intakegesprek in te plannen.
- Wanneer de hulpvraag niet passend is binnen het zorgaanbod, wordt de cliënt niet aangenomen. De behandelaar informeert de huisarts schriftelijk over de afwijzing, met onderbouwing en een passend advies. Het dossier wordt vervolgens afgesloten.

Intakefase en indicerende rol

De intakefase vormt de basis van het zorgtraject. In deze fase vervult de regiebehandelaar een

indicerende rol en is verantwoordelijk voor:

- het in kaart brengen van de hulpvraag (probleemanalyse);
- het vaststellen van een (werk)diagnose;
- het vaststellen van de zorgvraag en zorgvraagtypering.

Samen met de cliënt wordt bepaald welke behandeling het meest passend is. Deze keuzes worden vastgelegd en gedurende het zorgtraject periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Aanvang intakegesprek

Voorafgaand aan het eerste intakegesprek zorgt de cliënt ervoor dat alle gevraagde informatie beschikbaar is, zoals ingevulde vragenlijsten, een geldig identiteitsbewijs en actuele verzekeringsgegevens.

Hoewel de cliënt al administratief is ingeschreven in de EPD, vindt bij het eerste contactmoment een identiteitscontrole plaats aan de balie (WID-check). Daarnaast wordt voorafgaand aan het eerste contactmoment of bij de start van het ZPM-traject een COV-check uitgevoerd om te controleren of de cliënt verzekerd is. Dit is met name van belang wanneer er sprake is van een langere wachttijd. Wanneer een cliënt niet verschijnt op de afspraak (NO-SHOW), probeert de intaker direct contact op te nemen. Indien mogelijk wordt een nieuwe afspraak ingepland. Lukt dit niet, dan ontvangt de cliënt een schriftelijk verzoek om binnen 14 dagen contact op te nemen (14-dagenbrief). Bij uitblijven van een reactie wordt de cliënt administratief uitgeschreven.

14b. Binnen Leven & Zorg GGZ B.V. wordt de cliënt doorverwezen naar een andere zorgaanbieder met een passend zorgaanbod of terugverwezen naar de verwijzer –indien mogelijk met een passend advies- indien de instelling geen passend aanbod heeft op de zorgvraag van de cliënt:

Ja

15. Indicatiestelling

Beschrijf hoe de intake/probleemanalyse en indicatiestelling binnen Leven & Zorg GGZ B.V. is geregeld (hoe komt de aanmelding binnen, hoe komt de afspraak met de cliënt voor de intake tot stand, wie is in de intakefase de regiebehandelaar en hoe komt die beslissing tot stand (afstemming met cliënt), waaruit bestaan de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar bij het stellen van de diagnose):

Op welke wijze aanmelding geschied en er wordt gekomen tot een intake staat beschreven in hoofdstuk 14 aanmelding en intake.

Uitvoeren intakegesprek en besluitvorming

De intake vindt plaats volgens een vaste intakestraat. Wanneer mogelijk vinden diagnostiek en besluitvorming binnen één dag plaats. Indien de regiebehandelaar niet beschikbaar is, worden onderdelen van de intake gespreid over meerdere dagen.

Stap 1: Intakegesprek (90 minuten)

Op dag 1 voert de behandelaar een uitgebreid intakegesprek van 90 minuten met de cliënt. Tijdens dit gesprek worden de hulpvraag, klachten, voorgeschiedenis en de uitkomsten van de ingevulde vragenlijsten besproken. Ook wordt aandacht besteed aan wensen, verwachtingen en eventuele zorgen van de cliënt.

Stap 2: Gesprek met regiebehandelaar (30 minuten)

Indien de regiebehandelaar op dag 1 beschikbaar is, heeft de cliënt aansluitend een gesprek van 30 minuten met de regiebehandelaar. De regiebehandelaar verdiept de hulpvraag, weegt de voorlopige bevindingen en toetst deze aan professionele standaarden en geldende richtlijnen.

Wanneer de regiebehandelaar niet aanwezig is op dag 1, wordt dit gesprek op een andere, zo spoedig mogelijke datum ingepland.

Stap 3: Multidisciplinair Overleg (MDO)

Indien de regiebehandelaar op dag 1 aanwezig is, vindt aansluitend een multidisciplinair overleg (MDO) plaats met de cliënt, behandelaar en regiebehandelaar. In dit overleg worden de bevindingen gezamenlijk besproken en wordt:

de (werk)diagnose vastgesteld;

het behandelvoorstel en het conceptbehandelplan besproken;
afgestemd of het voorgestelde traject aansluit bij de hulpvraag en mogelijkheden van de cliënt.
Wanneer de regiebehandelaar niet aanwezig is op dag 1, wordt het MDO verplaatst naar een andere dag en zo spoedig mogelijk na afronding van stap 1 en 2 uitgevoerd.

De uitkomsten van het MDO worden vastgelegd in het behandelplan. Hiermee is sprake van gezamenlijke besluitvorming, duidelijke regie en transparante dossiervoering, conform de eisen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Tijdens de intakefase wordt tevens aandacht besteed aan behandelwensen en -grenzen, waaronder het gesprek over wel of niet reanimeren.

Uitvoeren diagnostiekactiviteiten

Tijdens het diagnostiektraject kunnen aanvullende onderzoeken worden ingezet om de hulpvraag en problematiek van de cliënt verder te verduidelijken. Dit kan bestaan uit

(persoonlijkheids)onderzoeken of andere vormen van verdiepende diagnostiek. Deze activiteiten worden uitgevoerd door daartoe bevoegde professionals en direct vastgelegd in het cliëntdossier.

In het dossier wordt uitsluitend de tijd geregistreerd die behoort bij:

- zorgprestaties met direct cliëntcontact;
- toeslagen op zorgprestaties (zoals inzet van een tolk);
- multidisciplinaire overleggen (MDO's).

Tijdens de intake en diagnostiek vindt op meerdere momenten een risico-inschatting plaats. Hierbij wordt in ieder geval aandacht besteed aan suïcidaliteit en agressie. Indien nodig wordt deze inschatting aangevuld met gevalideerde risicotaxatie-instrumenten, zoals een somatische screening en een (vroeg)signaleringsplan.

Toelichting diagnostiek

Diagnostiek kan bestaan uit een psychologische probleemanalyse, een psychiatrische structuurdiagnose en een diagnostische classificatie volgens het geldende classificatiesysteem (DSM-5). Aanvullende diagnostiek wordt alleen ingezet wanneer hier inhoudelijke aanleiding toe is.

Diagnostiek resulteert in een intakeverslag en/of diagnostisch rapport en vormt de basis voor het behandelplan of voor toetsbare bijstelling daarvan.

Diagnostiekconsulten worden uitsluitend gedeclareerd wanneer het consult volledig gericht is op diagnostiek.

Veiligheid en risicomanagement

Bij de beoordeling van suïcidaliteit en agressie wordt gewerkt volgens het geldende suicideprotocol en het agressieprotocol GGZ. Deze protocollen geven richting aan de risico-inschatting, te nemen maatregelen en vervolgstappen.

De uitkomsten van de beoordeling worden altijd vastgelegd in Medico. Indien nodig worden aanvullende afspraken gemaakt over veiligheid, monitoring en interventies. Voor nadere uitwerking wordt verwezen naar het interne suicideprotocol en het agressieprotocol GGZ.

Somatische screening

De somatische screening bestaat uit het afnemen van de Somatische Mini Screen (SmS) door een behandelaar en/of het verrichten van lichamelijk onderzoek door een arts. Afhankelijk van de risicoschatting, het medicatiegebruik en de bevindingen kan de screening worden uitgebreid met aanvullend onderzoek, zoals laboratoriumonderzoek en het maken van een ECG.

De Somatische Mini Screen wordt bij de intake afgenomen en minimaal één keer per jaar herhaald. De uitkomsten van de somatische screening en eventueel vervolgonderzoek worden vastgelegd in het cliëntdossier.

Vroegsignalering

Een vroegsignaleringsplan is een door of samen met de cliënt opgesteld plan waarin signalen van een naderende crisis en passende interventies per fase zijn beschreven. Uitgangspunt is dat in de vroege fases van ontregeling vaak nog mogelijkheden bestaan voor stabiliserende interventies.

In het vroegsignaleringsplan worden per fase gedragssignalen en bijbehorende afspraken vastgelegd. Het doel van vroegsignalering is om tijdig in te grijpen en daarmee het ontstaan of verergeren van een crisis te voorkomen.

Huiselijk geweld en kindermishandeling

Iedere beroepskracht is verplicht om bij signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling te handelen volgens het afwegingskader van de eigen beroepsgroep. Dit afwegingskader beschrijft wanneer een melding noodzakelijk is en welke stappen moeten worden gezet om passende hulp te bieden.

Bij vermoedens van acute of structurele onveiligheid wordt altijd een melding gedaan bij Veilig Thuis. Dit geldt ook wanneer de zorgverlener zelf geen passende hulp kan bieden of organiseren. Voor verdere informatie wordt verwezen naar het intranet: Algemeen beleid meldcode huiselijk geweld.

Alcohol- en drugsgebruik

Tijdens de intake wordt een risico-inschatting gemaakt van alcohol- en drugsgebruik. Wanneer uit deze risicotaxatie blijkt dat het middelengebruik van invloed is op de behandeling, worden hierover concrete afspraken vastgelegd in het behandelplan.

Dit is onder meer van belang bij de behandeling van verslaving en in situaties waarin middelengebruik of dealen een negatieve invloed heeft op het behandelverloop, de therapietrouw of de veiligheid binnen de organisatie.

Vaststellen (voorlopige) diagnose en zorgvraagtypering

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het intakeproces en voor het (laten) vaststellen van de diagnose en de zorgvraagtypering. De regiebehandelaar spreekt de cliënt hiertoe binnen 42 dagen na het eerste contactmoment. Bij het vaststellen van de diagnose wordt de cliënt daadwerkelijk door de regiebehandelaar beoordeeld via direct contact, eventueel middels beeldbellen.

De (voorlopige) diagnose wordt vastgesteld op basis van alle intake- en diagnostiekactiviteiten en geregistreerd door de regiebehandelaar middels een passende DSM-5-classificatie. Daarnaast stelt de regiebehandelaar een bijpassende zorgvraagtypering vast.

Indien binnen maximaal vier diagnostiekcontacten blijkt dat de zorgvraag van de cliënt niet leidt tot een verzekerde diagnose, wordt de cliënt hierover geïnformeerd en geadviseerd over passende alternatieven, zoals een eigen betalingsovereenkomst, ondersteuning via de POH of begeleiding door de huisarts. Wanneer de cliënt vervolgens uit zorg gaat bij Leven en Zorg, wordt het dossier afgesloten.

Vastleggen intakegegevens in het (concept)behandelplan

Na het vaststellen van de diagnose en zorgvraagtypering worden alle relevante intakegegevens en diagnostische bevindingen vastgelegd in het conceptbehandelplan van de cliënt.

Afstemmen van het behandelplan

De intakegegevens en het conceptbehandelplan worden onder regie van de regiebehandelaar afgestemd, bijvoorbeeld tijdens een multidisciplinair overleg (MDO). Indien nodig vindt aanvullende afstemming plaats met een psychiater.

Tijdens deze afstemming wordt beoordeeld of Leven en Zorg een passend behandelplan kan bieden voor de hulpvraag van de cliënt. Wanneer dit het geval is, wordt het conceptbehandelplan aangevuld met:

- het behandeladvies;
- concrete behandeldoelen;
- de wijze waarop deze doelen worden bereikt.

Ook de uitkomsten van de somatische screening worden vastgelegd in het behandelplan. Indien nodig wordt aanvullend (somatisch) onderzoek verricht. Daarnaast worden leefstijldoelen en hersteldoelen geformuleerd, waarbij de cliënt actief betrokken is.

Het regiebehandelaarschap kan in de behandelfase door een andere professional worden ingevuld dan in de diagnostiefase. De indicerende en coördinerende rollen kunnen hierbij gescheiden zijn. De inhoud en verantwoordelijkheden van deze rollen zijn vastgelegd in het professioneel statuut.

Adviesgesprek met de cliënt

De regiebehandelaar, of de intaker namens de regiebehandelaar, voert het adviesgesprek met de cliënt. Tijdens dit gesprek worden de diagnose en het voorgestelde behandelplan toegelicht.

In gezamenlijke besluitvorming komen de cliënt en de behandelaar tot een definitief behandelvoorstel. De cliënt geeft geïnformeerde toestemming (informed consent) voor het behandelplan en de behandeldoelen.

Wanneer de cliënt niet akkoord gaat met het behandelvoorstel, of wanneer Leven en Zorg geen

passend behandelaanbod kan bieden, wordt de cliënt terug- of doorverwezen. Indien nodig kan een vervolgesprek plaatsvinden om alsnog tot informed consent te komen. Bij uitblijvende overeenstemming volgt terug- of doorverwijzing.

Definitief maken van het behandelplan

Het individueel behandelplan bevat alle onderdelen die relevant zijn voor de behandeling van de cliënt. Het behandelplan is:

- kort en overzichtelijk;
- praktisch en toetsbaar;
- persoonsgericht;
- herstelgericht en gedurende de gehele behandeling in ontwikkeling.

Hersteldoelen maken integraal onderdeel uit van het behandelplan en worden door de cliënt zelf geformuleerd: wat wil de cliënt veranderen of bereiken?

Wanneer de cliënt en de behandelaar akkoord zijn met het behandeladvies en de behandoelen, wordt het behandelplan — inclusief de definitieve diagnose en zorgvraagtypering — definitief vastgelegd in Medicore. Dit gebeurt uiterlijk binnen twee weken na het adviesgesprek en altijd vóór het eerste behandelcontact.

Bij het definitief maken van het behandelplan wordt gelijktijdig een eerste evaluatiemoment gepland. Het meest actuele behandelplan heeft de status definitief. Alleen wanneer gewerkt wordt aan een evaluatie of wijziging van het behandelplan, krijgt het plan tijdelijk de status concept.

16. Behandeling en begeleiding

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

Afstemmen van het behandelplan

De intakegegevens en het conceptbehandelplan worden onder regie van de regiebehandelaar afgestemd, bijvoorbeeld tijdens een multidisciplinair overleg (MDO). Indien nodig vindt aanvullende afstemming plaats met een psychiater.

Tijdens deze afstemming wordt beoordeeld of Leven en Zorg een passend behandelaanbod kan bieden voor de hulpvraag van de cliënt. Wanneer dit het geval is, wordt het conceptbehandelplan aangevuld met:

- het behandeladvies;
- concrete behandoelen;
- de wijze waarop deze doelen worden bereikt.

Ook de uitkomsten van de somatische screening worden vastgelegd in het behandelplan. Indien nodig wordt aanvullend (somatisch) onderzoek verricht. Daarnaast worden leefstijldoelen en hersteldoelen geformuleerd, waarbij de cliënt (en eventueel diens naaste) actief betrokken is.

Het regiebehandelaarschap kan in de behandelfase door een andere professional worden ingevuld dan in de diagnostiekfase. De indicerende en coördinerende rollen kunnen hierbij gescheiden zijn. De inhoud en verantwoordelijkheden van deze rollen zijn vastgelegd in het professioneel statuut.

Adviesgesprek met de cliënt

De regiebehandelaar, of de intaker namens de regiebehandelaar, voert het adviesgesprek met de cliënt. Tijdens dit gesprek worden de diagnose en het voorgestelde behandelplan toegelicht.

In gezamenlijke besluitvorming komen de cliënt en de behandelaar tot een definitief behandelvoorstel. De cliënt geeft geïnformeerde toestemming (informed consent) voor het behandelplan en de behandoelen.

Wanneer de cliënt niet akkoord gaat met het behandelvoorstel, of wanneer Leven en Zorg geen passend behandelaanbod kan bieden, wordt de cliënt terug- of doorverwezen. Indien nodig kan een vervolgesprek plaatsvinden om alsnog tot informed consent te komen. Bij uitblijvende overeenstemming volgt terug- of doorverwijzing.

Definitief maken van het behandelplan

Het individueel behandelplan bevat alle onderdelen die relevant zijn voor de behandeling van de cliënt. Het behandelplan is:

- kort en overzichtelijk;

- praktisch en toetsbaar;
- persoonsgericht;
- herstelgericht en gedurende de gehele behandeling in ontwikkeling.

Hersteldoelen maken integraal onderdeel uit van het behandelplan en worden door de cliënt zelf geformuleerd: wat wil de cliënt veranderen of bereiken?

Wanneer de cliënt en de behandelaar akkoord zijn met het behandeladvies en de behandeldoelen, wordt het behandelplan — inclusief de definitieve diagnose en zorgvraagtypering — definitief vastgelegd in Medico. Dit gebeurt uiterlijk binnen twee weken na het adviesgesprek en altijd vóór het eerste behandelcontact.

Bij het definitief maken van het behandelplan wordt gelijktijdig een eerste evaluatiemoment gepland. Het meest actuele behandelplan heeft de status definitief. Alleen wanneer gewerkt wordt aan een evaluatie of wijziging van het behandelplan, krijgt het plan tijdelijk de status concept.

Minimale inhoud van het behandelplan

Het behandelplan bevat minimaal de onderstaande onderdelen en is voor alle betrokkenen helder, volledig en toetsbaar:

- Titel behandelplan
- Aanmeldreden
- Beschrijvende diagnose
- Behandeldoelen en thema's:
 - o Kernthema 1
 - o Kernthema 2
- Bijzonderheden
- Verwachtingen en afspraken tussen behandelaar en cliënt
- Methode/interventie
- Aantal zittingen en frequentie
- Afspraken
- Datum waarop het behandelplan is besproken
- Vastlegging dat het behandelplan met de cliënt is besproken
- Vastlegging dat het behandelplan door de cliënt is goedgekeurd
- Toestemming van de cliënt voor informatieverstrekking aan derden door de behandelaar ten behoeve van de behandeling
- Vastlegging aan wie gegevens mogen worden verstrekt
- Vastlegging dat de cliënt de informatiebrochure van Leven en Zorg en de informatiebrochure No-Show heeft ontvangen

Inzage in het medisch dossier door nabestaanden

Wanneer de cliënt ernstig ziek is, een beperkte levensverwachting heeft of wanneer het levenseinde ter sprake komt tijdens de behandeling, wordt expliciet aandacht besteed aan de wensen van de cliënt met betrekking tot inzage in het medisch dossier door nabestaanden.

De cliënt wordt gevraagd welke personen wel en welke personen geen inzage mogen krijgen. Deze wensen worden vastgelegd in Medico, in het opmerkingenveld van de contactpersoon binnen de module patiëntgegevens.

Deze vastlegging is van belang vanwege het medisch beroepsgeheim, dat ook na het overlijden van de cliënt van kracht blijft. Nabestaanden hebben in beginsel geen recht op inzage in of afschrift van het medisch dossier, tenzij de cliënt hiervoor expliciet toestemming heeft gegeven of er sprake is van wettelijke uitzonderingen.

Voor nadere toelichting wordt verwezen naar de KNMG-handreiking inzake inzage van nabestaanden.

Informeren en betrekken van de huisarts

Na afronding van de diagnostiekfase wordt de huisarts schriftelijk geïnformeerd over de uitkomsten van de intake en de geplande vervolgstappen in de behandeling.

Deze informatieverstrekking vindt uitsluitend plaats nadat de cliënt hiervoor expliciet toestemming

heeft gegeven. De toestemming en de inhoud van de informatieverstrekking worden vastgelegd in het cliëntdossier.

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

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het gehele behandeltraject. Dit betekent dat hij/zij eindverantwoordelijk is voor de inhoud van het behandelplan, dat de behandeling wordt uitgevoerd volgens het behandelplan en evaluatie van het behandelplan. Tevens is de regiebehandelaar eindverantwoordelijk voor een kloppend cliëntdossier. Een behandelaar is verantwoordelijk voor het uitvoeren van (een deel van) de behandeling en moet in staat zijn om voortgang en eventuele achteruitgang van de cliënt te signaleren. De behandelaar is verantwoordelijk om dit kenbaar te maken bij de regiebehandelaar zodat het behandelplan tijdig kan worden bijgesteld.

16c. De voortgang van de behandeling wordt binnen Leven & Zorg GGZ B.V. als volgt gemonitord (zoals voortgangsbespreking behandelplan, evaluatie, vragenlijsten, ROM):

Evaluatie met de cliënt

Tijdens tussentijdse en periodieke evaluaties bespreken de betrokken professionals samen met de cliënt – en waar passend diens naasten – de voortgang van de behandeling. Monitoren, evalueren en waar nodig bijstellen van de behandeling en de behandeldoelen staan hierbij centraal.

Omdat Leven en Zorg een poliklinische ggz-instelling is, ligt de focus van evaluatie op:

- de passendheid van de gestelde diagnose;
- de actuele zorgvraagtypering;
- de ingezette behandeling en behandeldoelen;
- het verloop en de effectiviteit van de behandeling.

Tijdens de evaluatie wordt tevens vastgelegd welke afspraken zijn gemaakt over de frequentie van verdere evaluaties.

Behandelplanbespreking met de cliënt

De regiebehandelaar evalueert samen met de cliënt de kwaliteit van de geboden zorg en de voortgang van de behandeldoelen in een behandelplanbespreking. Dit is altijd een direct contactmoment en vindt plaats in aanwezigheid van de cliënt en, indien van toepassing, diens naasten.

Wanneer de behandeling wordt voortgezet, is de behandelplanbespreking het aangewezen moment om de zorgvraagtypering opnieuw te beoordelen en zo nodig aan te passen. Eventuele uitkomsten van meetinstrumenten en ROM-metingen worden betrokken bij deze evaluatie en besproken met de cliënt.

Waardering door cliënten

Leven en Zorg meet jaarlijks de ervaren kwaliteit van zorg met behulp van verschillende meetinstrumenten. De uitkomsten kunnen zowel op individueel cliëntniveau als op groeps- of teamniveau worden teruggekoppeld.

De Consumer Quality Index (CQI) is een landelijk ontwikkeld en gestandaardiseerd instrument om cliëntervaringen in de zorg te meten, analyseren en rapporteren. De CQI wordt door de behandelaar aan de cliënt aangeboden via Qualiview en wordt afgenomen bij evaluatie en afsluiting van het behandeltraject.

Na analyse van de resultaten worden op teamniveau verbetermaatregelen vastgesteld en geïmplementeerd waar nodig.

Afstemming van het behandelplan tussen (regie)behandelaren

Indien volledige afstemming tussen betrokken behandelaren niet heeft plaatsgevonden tijdens de behandelplanbespreking met de cliënt, wordt deze afstemming alsnog gerealiseerd, bijvoorbeeld via een aanvullend multidisciplinair overleg (MDO).

De voortgang van de behandeling wordt minimaal één keer per jaar multidisciplinair afgestemd en, indien nodig, besproken met een psychiater. De bevindingen worden vastgelegd in de tussentijdse evaluatie.

Bij deze afstemming zijn alle relevante disciplines vertegenwoordigd en is sprake van gezamenlijke besluitvorming. Bij verschil van inzicht en het ontbreken van consensus over de in te zetten

behandeling, neemt de regiebehandelaar in de indicerende rol een besluit in samenspraak met de cliënt. In deze situaties wordt altijd een psychiater geraadpleegd.

Aanpassen van het behandelplan en de behandeldoelen

Het op- of afschalen van zorg is een vast onderdeel van de periodieke behandel-evaluatie en wordt aantoonbaar vastgelegd in het evaluatiegedeelte van het behandelplan.

De regiebehandelaar, of een uitvoerend behandelaar namens de regiebehandelaar, rondt de evaluatie van de behandel-fase af en stelt een nieuwe versie van het behandelplan op en/of past de behandel-doelen aan. Het gewijzigde behandelplan wordt met de cliënt besproken, waarna de cliënt hierop geïnformeerde toestemming (informed consent) geeft.

Voortzetten of wijzigen van de behandeling

Wanneer uit de evaluatie blijkt dat de behandeling effectief is, wordt de behandeling ongewijzigd voortgezet. Indien de behandeling onvoldoende effect heeft, wordt de behandel-methode aangepast en kan aanvullende diagnostiek worden ingezet.

In principe wordt de gewijzigde behandeling voortgezet binnen Leven en Zorg. Indien dit niet passend is, kan worden gekozen voor doorverwijzing naar een andere zorgaanbieder of vervolgzorg. In beide gevallen wordt de huisarts geïnformeerd.

Informeren van de huisarts

Voor cliënten die langer dan een half jaar zorg ontvangen bij Leven en Zorg geldt dat de huisarts minimaal eenmaal per jaar wordt geïnformeerd over het beloop van de behandeling. De eerste beloopbrief wordt uiterlijk binnen één jaar na start van de behandeling verstuurd. Elke volgende beloopbrief wordt uiterlijk binnen 365 dagen na de vorige beloopbrief verzonden.

Een beloopbrief bevat minimaal:

- een beschrijving van het behandelverloop;
- actuele en gewijzigde medicatie, inclusief relevante laboratoriumafspraken;
- het (gewijzigde) controlebeleid door de ggz en/of de huisartsenpraktijk;
- een eventueel crisisplan;
- het aanspreekpunt en de contactgegevens van de ggz-aanbieder.

Het versturen van de beloopbrief vindt bij voorkeur plaats aansluitend op de jaarlijkse behandel- en evaluatiebespreking. De beloopbrief wordt automatisch ondertekend met naam en AGB-code van de regiebehandelaar.

Wanneer een cliënt is doorverwezen vanuit een andere ggz-aanbieder en de zorg bij Leven en Zorg een vervolg betreft, volstaat het versturen van een jaarlijkse beloopbrief. In dat geval is geen nieuwe verwijzing van de huisarts nodig, mits de huisarts bij cliënten die langer dan een half jaar in zorg zijn binnen één jaar een voortgangsverslag ontvangt.

16d. Binnen Leven & Zorg GGZ B.V. reflecteert de regiebehandelaar samen met de cliënt en eventueel zijn naasten de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling en begeleiding als volgt(toelichting op wijze van evaluatie en frequentie):

Zie 16c

16e. De tevredenheid van cliënten wordt binnen Leven & Zorg GGZ B.V. op de volgende manier gemeten (wanneer, hoe):

Tevredenheid van cliënten wordt gemeten bij afronding van iedere behandeling d.m.v. de CQindex. De uitkomsten van de CQi worden gedeeld met stichting benchmark GGZ. Elke cliënt kan aangeven of dit geanonimiseerd moet gebeuren.

17. Afsluiting/nazorg

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

Afsluiting

Afsluiting van de behandeling

Wanneer verdere behandeling niet (meer) nodig of gewenst is, voert de regiebehandelaar – of bij afwezigheid de behandelaar – een eindgesprek met de cliënt. De behandeling kan om verschillende redenen worden beëindigd, waaronder:

- de behandeling is succesvol afgerond en de behandeldoelen zijn behaald;
- de cliënt ontvangt vervolgzorg bij een andere aanbieder (bijvoorbeeld basis-ggz, Wmo-ondersteuning of huisartsenzorg);
- de cliënt kiest er vrijwillig voor om de behandeling te beëindigen;
- de cliënt verschijnt gedurende langere tijd (bijvoorbeeld langer dan 60 dagen) niet op afspraken en ondanks herhaalde pogingen lukt het niet om contact te krijgen.

De reden van beëindiging wordt zorgvuldig en navolgbaar vastgelegd in het cliëntdossier.

In uitzonderlijke situaties kan sprake zijn van gewichtige redenen voor een eenzijdige beëindiging van de behandelovereenkomst. In deze gevallen wordt gehandeld conform wet- en regelgeving en professioneel-ethische normen, met zorgvuldige vastlegging in het dossier.

Het eindgesprek

In het eindgesprek worden de resultaten en het effect van de behandeling met de cliënt besproken.

Daarnaast worden afspraken gemaakt over:

- eventuele nazorg;
- voortzetting of afbouw van medicatie;
- wat te doen bij terugval of decompensatie;
- vervolgzorg of ondersteuning, indien van toepassing.

Ook de tevredenheid van de cliënt over de behandeling kan worden besproken, bijvoorbeeld aan de hand van de CQI. De cliënt krijgt tijdens het eindgesprek ruim de gelegenheid om zijn of haar mening, opmerkingen en wensen met betrekking tot de afsluiting kenbaar te maken.

Onderwerpen die in het afsluitgesprek aan bod kunnen komen zijn onder andere:

- in hoeverre de behandeling heeft bijgedragen aan vermindering van klachten;
- of het gevoel van eigen regie, kracht en zelfredzaamheid is toegenomen;
- of de cliënt zich beter zelfstandig kan handhaven op gebieden zoals wonen, werken, dagbesteding, financiën en relaties;
- of de cliënt mondiger en weerbaarder is geworden en beter in staat is eigen keuzes te maken.

Wanneer de cliënt het niet eens is met het ontslag, kan hiertegen bezwaar worden gemaakt. De ontslagbrief wordt automatisch ondertekend door de regiebehandelaar met naam en AGB-code.

Bezittingen van cliënten

Wanneer een cliënt na beëindiging van de zorg persoonlijke bezittingen heeft achtergelaten, wordt zorgvuldig gehandeld conform het Burgerlijk Wetboek.

- Bij voorwerpen met een waarde tot € 450,- kunnen deze bij de gemeente worden afgegeven of tijdelijk in bewaring worden gehouden. Indien Leven en Zorg het voorwerp zelf bewaart, wordt zij na drie maanden eigenaar en mag het voorwerp worden vernietigd, verkocht of weggegeven.
- Bij voorwerpen met een waarde boven € 450,- kunnen deze eveneens bij de gemeente worden afgegeven of in bewaring worden gehouden. Indien Leven en Zorg het voorwerp zelf bewaart, wordt zij na één jaar eigenaar en mag het voorwerp worden vernietigd, verkocht of weggegeven.

Wanneer een voorwerp bij de gemeente wordt afgegeven, wordt geadviseerd een bewijs van afgifte te bewaren. Indien Leven en Zorg een voorwerp zelf in bewaring houdt, draagt zij ook verantwoordelijkheid voor het onderhoud ervan (bron: Burgerlijk Wetboek, boek 5, artikelen 5:5–5:12).

Vervolgzorg

Doorverwijzing naar een andere zorgaanbieder

Wanneer uit diagnostiek of evaluatie blijkt dat Leven en Zorg niet (langer) de passende zorg kan bieden, kan vervolgzorg bij een andere zorgaanbieder worden ingezet. Dit kan zowel generalistische basis-ggz als gespecialiseerde ggz betreffen.

In dit geval is sprake van een doorverwijzing door de regiebehandelaar van Leven en Zorg. De cliënt zet een reeds gestart ggz-traject voort bij een andere instelling. Een nieuwe initiële verwijzing van de

huisarts is hiervoor niet nodig en er hoeft geen formele verwijfsbrief via ZorgDomein te worden verstuurd.

Wel vindt een inhoudelijke overdracht plaats aan de (regie)behandelaar van de ontvangende instelling, mits de cliënt hiervoor expliciet toestemming heeft gegeven. Ook bij doorverwijzing voor vervolgzorg wordt altijd een ontslagbrief aan de huisarts gestuurd. Voor de ontvangende zorgaanbieder volstaat het versturen van de jaarlijkse beloopbrief.

Second opinion

Een cliënt kan twijfels hebben over de gestelde diagnose of de ingezette behandeling en een second opinion aanvragen. De cliënt heeft hier recht op en Leven en Zorg werkt hier bij gegronde redenen aan mee.

Een second opinion betreft een herbeoordeling van de bestaande diagnostiek en behandeling; er vindt geen volledige herdiagnostiek plaats. Een second opinion kan worden uitgevoerd door een collega-psychiater van Leven en Zorg. Indien de cliënt de voorkeur geeft aan een psychiater of klinisch psycholoog van een andere instelling, kan dit eveneens worden gefaciliteerd.

In dat geval verzorgt de regiebehandelaar van Leven en Zorg de doorverwijzing, zodat de kosten voor de second opinion ten laste komen van de zorgverzekeraar van de cliënt.

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

Bij crisis of terugval dient de cliënt zich eerst te wenden tot zijn huisarts. Huisarts kan laagdrempelig overleggen met de behandelaren die betrokken zijn bij de cliënt. Indien nodig kan de huisarts een heraanmelding doen.

IV. Ondertekening

Naam bestuurder van Leven & Zorg GGZ B.V.:

M.S. Bouri

Plaats:

Amsterdam

Datum:

10-03-2026

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

Ja

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

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

Zijn algemene leveringsvoorwaarden;

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