

Goedgekeurd kwaliteitsstatuut ggz - Instelling

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

I. Algemene informatie

1. Gegevens ggz-aanbieder

Naam instelling: Verslavingszorg Noord Nederland
Hoofd postadres straat en huisnummer: Leonard Springerlaan 27
Hoofd postadres postcode en plaats: 9727 KB Groningen
Website: www.vnn.nl
KvK nummer: 2084324
AGB-code(s): 6290105

2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt

Naam: Attie van der Meulen
E-mailadres: a.vandermeulen@vnn.nl
Telefoonnummer: 0622518978

3. Onze locaties vindt u hier

Link: <http://www.vnn.nl/adressen/#!list>

4. Beschrijving zorgaanbod en professioneel netwerk:

Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) zet zich in voor mensen die problemen ondervinden als gevolg van een verslaving. Verslaving op het gebied van alcohol, drugs, gokken of gamen. Maar ook mensen die te kampen hebben met een (ernstige) tabaksafhankelijkheid of voor wie eten, kopen of seks een onbedwingbare neiging is geworden, behandelen we. Naast behandeling op de verslaving bieden wij ook behandeling op de comorbide problematiek en op de leefgebieden, die door de verslaving zijn aangedaan. VNN biedt ambulante en klinische zorg en behandeling aan jongeren, volwassenen en mensen met verslavingsproblematiek en een justitiële titel. Het professionele netwerk van VNN is zeer uitgebreid. Wij werken nauw samen met de 3 noordelijke GGZ-instellingen: Lentis, GGZ Friesland en GGZ Drenthe. Verder o.a. met maatschappelijke organisaties, met huis(en bedrijfs)artsen, met specialisten, met cliëntenorganisaties, met gemeenten, met woningbouwverenigingen en met collega-verslavingszorginstellingen. Maar ook met opleidingsinstituten zoals de RUG, de Hanzehogeschool en andere scholen in het noorden. In het kader van jeugd werken we o.a. samen met jeugdhulpverlening, veiligheidshuizen, jeugdreclassering, jeugdGGZ, gemeenten, maatschappelijke organisaties, scholen, huisartsen en jeugdverpleegkundigen. Maar ook met voogden en justitie. In het kader van forensische verslavingszorg met reclassering, het OM, politie en justie maar ook met maatschappelijke organisaties, met huisartsen, met cliëntenorganisaties, met woningbouwverenigingen, met collega-verslavingszorginstellingen. Deze opsomming is echter niet limitatief maar geeft een indicatie met wie en met welke organisaties we als VNN te maken hebben.

5. Verslavingszorg Noord Nederland heeft aanbod in:

de generalistische basis-ggz
de gespecialiseerde-ggz

6. Behandelsettingen generalistische basis-ggz

Patiënten/cliënten kunnen met de volgende problematiek bij Verslavingszorg Noord Nederland terecht en deze instelling biedt de volgende vormen van zorg en voor de aanwezige zorgvormen

kunnen de volgende beroepsgroepen als regiebehandelaar optreden (indien relevant met toelichting):

Verslavingszorg

Beroepsgroep die hier als regiebehandelaar kan optreden en evt. toelichting:

Als regiebehandelaar binnen de BasisGGz werken: ☐ de gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) ☐ de verpleegkundig specialist en daarnaast: ☐ de verslavingsarts KNMG ☐ de psychiater, ☐ de psychotherapeut ☐ en de klinisch psycholoog. De psychotherapeut en de klinisch psycholoog zullen in de praktijk veelal niet in de BasisGGz werkzaam zijn.

7. Behandelsettings gespecialiseerde-ggz

Patiënten/cliënten kunnen met de volgende problematiek bij Verslavingszorg Noord Nederland terecht en deze instelling biedt de volgende vormen van zorg en voor de aanwezige zorgvormen kunnen de volgende beroepsgroepen als regiebehandelaar optreden (indien relevant met toelichting):

Verslavingszorg

Beroepsgroep die hier als regiebehandelaar kan optreden en evt. toelichting:

VNN biedt zowel ambulante als klinische verslavingszorg in de SGGz. Als regiebehandelaar binnen de SGGz: - In de intake én behandeling: ☐ de verslavingsarts KNMG, ☐ de psychiater, ☐ de klinisch psycholoog - In de behandeling, voor een deel van de patiëntenpopulatie: ☐ de psychotherapeut ☐ de verpleegkundig specialist GGz

8. Structurele samenwerkingspartners

Verslavingszorg Noord Nederland werkt ten behoeve van de behandeling van

patiënten/cliënten/patiëntenzorg samen met de volgende partners (beschrijf ook de functie van het samenwerkingsverband en wie daarin participeren (vermeldt hierbij NAW-gegevens en website):

VNN werkt ten behoeve van de behandeling van cliënten samen met de volgende partners (deze lijst is slechts een deel van alle samenwerkingsverbanden en partners): Jeugd FACT / 3 noordelijke provincies Er zijn inmiddels in Noord Nederland verschillende FACT-Jeugdteams actief: in Assen, Emmen, Groningen-stad, Hoogeveen, Hardenberg/Ommen, Meppel, Stadskanaal en Winschoten.

Binnenkort starten drie teams in Drachten, Leeuwarden en Sneek. Doel: Samenwerking voor jongeren in ambulante behandelteams wanneer er naast verslaving ook sprake is van forse psychiatrische problematiek. De volgende organisaties doen aan één of meerdere FACT Jeugdteams in Noord-Nederland mee: VNN, Trias, Tactus, Reik, Karakter, Kinnik, Jonx, Jeugdhulp Friesland, GGZ Drenthe, Elker, Ambiq en Accare. <https://www.stichtingtrias.nl/> <https://www.tactus.nl/> <https://www.reik.nl/> <https://www.karakter.com/> <https://www.kinnik.nl/> <http://jeugdhulpfriesland.nl/> <https://www.ggzdrenthe.nl/> <https://www.elker.nl/> <https://www.ambiq.nl/> <https://www.accare.nl/>

FACT voor volwassenen / 3 noordelijke provincies

Doel: Samenwerking voor cliënten in ambulante behandelteams wanneer er naast verslaving ook sprake is van forse psychiatrische problematiek (EPA doelgroep). Samenwerking met GGz Friesland, Lentis en GGz Drenthe, maatschappelijke organisaties, GKB, woningcorporaties

<https://www.ggzfriesland.nl/> <https://www.lentis.nl/> <https://www.ggzdrenthe.nl/>

<https://www.degkb.nl/> In Friesland (Sneek en omgeving) 3 geïntegreerde FACT teams, FACT+ VNN en GGZ Friesland In Drenthe; samenwerkingsverband rondom de EPA doelgroep door middel van het project Optimaal Leven VNN, Promens Care en GGz Drenthe. Doel: het verbeteren van de kwaliteit van leven voor EPA-cliënten in de regio. Dit is een kwetsbare groep in de samenleving. Met een aantal collega-organisaties, de gemeentes Assen en Emmen en de zorgverzekeraar is VNN het Project Optimaal Leven begonnen. Wij willen met elkaar verantwoordelijk zijn voor het welzijn van deze mensen. Dat doen we zowel vanuit een zorggedachte als vanuit een participatiegedachte.

<https://www.promens-care.nl/> Verder met huisartsen, praktijkondersteuners, bedrijfsartsen, specialisten en ziekenhuizen; zowel in de BasisGGz als in de Specialistische GGz. Doel: verwijzing naar zorg, samenwerking in de behandeling Bij jeugd: verwijzen naar VNN bij overmatig alcoholgebruik (preventie) <http://www.martiniziekenhuis.nl/> <http://www.wza.nl/> <https://www.umcg.nl>

<https://www.mcl.nl/> Forensische zorg (alle regio's) Doel: toeleiding met als doel trajecten vormt te geven ter voorkoming van recidive. Samenwerkingspartners: Reclassering Dienst Justitiële Inrichtingen OM Stichting FPC Dr. S. van Mesdag / Forensisch Centrum <https://www.vanmesdag.nl/> Veiligheidshuizen binnen het gehele werkgebied: Doel: het vergroten van de veiligheid voor de burger door het terugdringen van veel voorkomende criminaliteit, onder andere ook door in te zetten op het verminderen van herhaling van crimineel gedrag. In het veiligheidshuis werken gemeente, politie, justitie en zorginstellingen samen bij de aanpak van jeugdcriminaliteit en -overlast, huiselijk geweld en mensen die veel delicten plegen of ernstige overlast op straat veroorzaken (veelplegers). Woningcorporaties: Doel: samenwerking ten behoeve van vroegsignalering, huisvesting realiseren en preventie van huisuitzetting. Samenwerking met Werkbedrijven, zoals Werkpro. Doel: dagbesteding en werk voor onze cliënten. <http://www.werkpro.nl/> Verder: • Opleidingsinstututen, kennisinstututen en samenwerkingsverbanden zoals de Rijksuniversiteit van Groningen, Hanzehogeschool, Nispa, AIAR en Resultaten Scoren. Doel: Samenwerking en kennis omtrent verslaving verhogen (onderzoek) om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren. • Farmaceutische zorg met apotheken en ziekenhuizen / Doel: kwaliteit van zorg • Landelijke netwerken preventie, BasisGGz en verslavingszorg.

II. Organisatie van de zorg

9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

Verslavingszorg Noord Nederland ziet er als volgt op toe dat:

9a. Zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn:

Binnen VNN is de (BIG) professional gehouden om zijn deskundigheid en bekwaamheid op peil te houden dan wel uit te breiden, zodanig dat hij voldoet aan de eisen die in redelijkheid aan hem als hulpverlener mogen worden gesteld. Hij dient zorg te dragen voor registratie in het BIG-register of een ander kwaliteitsregister. VNN stelt de professional in staat zijn bekwaamheid op peil te houden en daarvoor bij- en nascholing te volgen, ook in het kader van (her) registratie. Daarnaast heeft VNN een uitgebreid scholing- en opleidingsaanbod waarbij de complexiteit van de verslavingszorg (verslaving, comorbide problematiek en problemen op de leefgebieden) naar voren komt in de trainingen en (E-learning) modules.

9b. Zorgverleners volgen zorgstandaarden en richtlijnen handelen:

De professional toetst zijn handelen regelmatig aan de evidence en consensus hierover binnen zijn beroepsgroep. VNN stelt de professionals in de gelegenheid met elkaar te overleggen door middel van vakgroepen, ander vakinhoudelijk overleg en het bezoeken van congressen en symposia om de kennis en kunde op peil te houden. Bestaande, herziene en nieuwe richtlijnen worden via deze gremia bekend gemaakt en besproken op consequenties voor de beroepsuitoefening. Daarnaast is een deel van de verantwoordelijkheden rondom opleiding beschreven in het Professioneel Statuut. In het kader van de verschillende opleidingen zijn opleiders aangesteld, te weten de opleider Psychiatrie (voor de opleiding tot psychiater), de opleider Psychologie (voor de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut en klinisch psycholoog), de opleider Verslavingsarts KNMG en de opleider Verpleegkundig Specialist (voor de opleiding tot verpleegkundig specialist). VNN creëert als opleidingsinstituut organisatorische randvoorwaarden om kwalitatief goede opleidingsplaatsen te waarborgen. Jaarlijks stelt de Raad van Bestuur in overleg met de opleiders vast wat deze randvoorwaarden zijn. De opleider draagt medeverantwoordelijkheid voor de algemene kwaliteit van de hulpverlening op het eigen vakgebied op de afdelingen waar zijn professionals in opleiding werken. Hij geeft vorm aan deze verantwoordelijkheid door het signaleren van knelpunten en kan zich hiertoe rechtstreeks tot de Raad van Bestuur wenden. De opleiders dragen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de opleiding. Zij zijn ook verantwoordelijk voor de selectie en beoordeling van de professional in opleiding. De opleider heeft de bevoegdheid om eisen te stellen aan een stageplaats en bij gebleken tekortkomingen opleidingen terug te trekken van disfunctionele stageplekken. De opleiders dragen geen behandelverantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënten van de professional in opleiding. Deze behandelverantwoordelijkheid

en het toezicht op de taakuitoefening van de professional in opleiding ligt bij de werkbegeleider respectievelijk de supervisor. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de opleider zijn vastgelegd in een apart document. Dit document is een uitwerking van eisen voor een opleider, zoals vastgelegd in de landelijke opleidingseisen ten behoeve van de bovenbeschreven beroepen. De opleiders ontwikkelen en stemmen het opleidingsbeleid af in de Centrale Opleidingscommissie. Ook de Manager HR en de opleidingsfunctionaris nemen deel aan dit overleg.

9c. Zorgverleners hun deskundigheid op peil houden:

De professional toetst zijn handelen regelmatig aan de evidence en consensus hierover binnen zijn beroepsgroep. VNN stelt de professionals in de gelegenheid met elkaar te overleggen door middel van vakgroepen en ander vakinhoudelijk overleg om de kennis en kunde op peil te houden. Daarnaast stelt VNN de professional in staat zijn bekwaamheid op peil te houden en daarvoor bij- en nascholing te volgen. VNN heeft een uitgebreid scholing- en opleidingsaanbod waarbij de complexiteit van de verslavingszorg (verslaving, comorbide problematiek en problemen op de leefgebieden) naar voren komt in de trainingen en (E-learning) modules. De borging vindt plaats in de begeleidings- en jaargesprekken en door toetsing in de praktijk.

10. Samenwerking

10a. Samenwerking binnen uw organisatie en het multidisciplinair overleg is vastgelegd en geborgd in het professioneel statuut:

Upload van uw professioneel statuut op www.ggzkwaliteitsstatuut.nl

10b. Indien de organisatie gespecialiseerde-ggz levert: Binnen Verslavingszorg Noord Nederland is het multidisciplinair overleg en de informatie-uitwisseling en -overdracht tussen regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren als volgt geregeld:

VNN heeft de informatie-uitwisseling en overdracht tussen regiebehandelaren en andere betrokken behandelaren vastgelegd in het Professioneel Statuut. Deels bij de taken van de regiebehandelaar en de behandelaar en bij het onderdeel Consultatie. Regiebehandelaar: De regiebehandelaar coördineert de afstemming tussen alle betrokken zorgverleners en is verantwoordelijk voor de integraliteit van de behandeling. Het overleg is gericht op overeenstemming door middel van gezamenlijke besluitvorming. Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling heeft de regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem, echter niet eerder dan nadat alle betrokken deskundigen gehoord zijn. Indien een verschil van mening of inzicht niet op deze manier kan worden opgelost voorziet de escalatieprocedure in verdere stappen. De regiebehandelaar draagt niet de verantwoordelijkheid voor de door andere zorgverleners tijdens het behandelingstraject uitgevoerde afzonderlijke verrichtingen en interventies. Daarvoor zijn en blijven die andere zorgverleners zelf ten volle verantwoordelijk. Consultatie: In een aantal gevallen dient de regiebehandelaar of specifiek de psychiater geraadpleegd te worden. De behandelaar is verantwoordelijk voor het informeren van de regiebehandelaar en dient dit ook bij twijfel te doen, opdat de regiebehandelaar of specifiek de psychiater zijn verantwoordelijkheid kan nemen. In principe neemt een behandelaar in eerste instantie contact op met de zorghouder (indien aanwezig), zodat die zijn coördinerende taken kan waarmaken. In acute situaties kan de behandelaar direct een regiebehandelaar consulteren. De regiebehandelaar of specifiek de psychiater kan besluiten om de behandeling of specifiek een deel van de behandeling waarop de vraag betrekking heeft, over te nemen, indien hij dat noodzakelijk vindt of indien dit voortvloeit uit de uitgangspunten van dit professioneel statuut. Een behandelaar raadpleegt in ieder geval de regiebehandelaar: • wanneer de patiënt om een gesprek met de regiebehandelaar vraagt, wanneer bij een psychiatrisch ziektebeeld sprake is van verergering, wijziging van de symptomen of onverwacht uitblijven van verbetering of herstel, • wanneer er sprake is van een nog niet verwachte verbetering van de symptomen zodanig dat de behandeling waarschijnlijk afgesloten kan worden, • bij andere ontwikkelingen die niet in het zorgplan zijn voorzien, • wanneer er sprake is van een risicovolle ontwikkeling waarbij overwogen wordt het beroepsgeheim te doorbreken, • bij suïcidaal (in elk geval vanaf 'ambivalent') en agressief gedrag van de patiënt naar zichzelf of anderen (in dit geval een klinisch psycholoog of psychiater raadplegen), • bij een suïcide. Een behandelaar raadpleegt in ieder geval een verslavingsarts KNMG:

- bij vragen over medische indicaties voor een klinische opname of ontslag, • wanneer de verwijzer (huisarts), een patiënt verwijst met het verzoek om een opname in VNN te beoordelen, • bij vragen over (de eventuele noodzaak tot) medicatie en bij nieuwe patiënten, die al medicatie gebruiken • wanneer bij een somatisch dan wel verslavingsgerelateerd ziektebeeld sprake is van verergering, wijziging van de symptomen of onverwacht uitblijven van verbetering, • als een lichamelijke ziekte of klacht de diagnostiek compliceert, • bij vragen over lichamelijke klachten en bij vermoeden van lichamelijke ziektebeelden, Een behandelaar raadpleegt in ieder geval een psychiater : • bij vragen over medische of psychiatrische indicaties voor een klinische opname of ontslag, • wanneer de verwijzer (medisch specialist) een patiënt verwijst met het verzoek om een opname in VNN te beoordelen, • bij vragen over (de eventuele noodzaak tot) medicatie en bij nieuwe patiënten, die al psychofarmaca gebruiken • wanneer de patiënt psychotische, manische of ernstig depressieve symptomen heeft, waarin niet voorzien is in het zorgplan, • wanneer bij een psychiatrisch ziektebeeld sprake is van verergering, wijziging van de symptomen of onverwacht uitblijven van verbetering en er een vermoeden bestaat op somatische comorbiditeit, • wanneer dit voor de uitvoering van de Wet BOPZ noodzakelijk is. In alle gevallen waarin een regiebehandelaar en/of verslavingsarts KNMG en/of psychiater geraadpleegd wordt, beoordelen de behandelaar en de regiebehandelaar en/of verslavingsarts KNMG en/of psychiater samen of zij het nodig vinden, dat de regiebehandelaar en/of verslavingsarts KNMG en/of psychiater de patiënt zelf ziet. Een algemene regel is dat wanneer de behandelaar om een consult van een regiebehandelaar en/of verslavingsarts KNMG en/of psychiater vraagt, de regiebehandelaar en/of verslavingsarts KNMG en/of psychiater de patiënt spreekt. Er blijft een eigen verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar en/of verslavingsarts KNMG en/of psychiater om patiënten te spreken, indien hij dat noodzakelijk of wenselijk acht. Als een behandelaar die de patiënt behandelt hier bezwaar tegen maakt, motiveert de regiebehandelaar en/of verslavingsarts KNMG en/of psychiater waarom hij het nodig vindt de patiënt zelf wel of niet te zien. MDO In het MDO wordt het zorgproces geborgd. Aan ieder multidisciplinair team is altijd een psychiater of een klinisch psycholoog verbonden, op wie een beroep gedaan worden. Evaluatie en bespreking van de zorg in het MDO vindt in elke geval 3 maanden na de intake plaats en aan het eind van de behandeling. Bij langerdurende behandelingen in elk geval 2 keer per jaar. Vastlegging hiervan is individueel in elk patiëntendossier/EPD in het cliëntregistratiesysteem van VNN.

10c. Verslavingszorg Noord Nederland hanteert de volgende procedure voor het op- en afschalen van de zorgverlening naar een volgend respectievelijk voorliggend echelon:

Vanuit de verwijzing van de huisarts (of andere verwijzer) wordt aangegeven of het BasisGGz of SGGz moet zijn. Na de intake binnen VNN wordt duidelijk welke zorg nodig is en waar en door wie de behandeling zal starten (zie procedure). Tussentijds vinden evaluaties plaats. Bij de vaststelling van het zorgplan en bij het overleg met de cliënt hierover wordt besproken wanneer, hoe en met wie het zorgplan wordt geëvalueerd. Bij kortere (< 6 maanden) en minder complexe behandelingen vindt er tussentijds overleg plaats tussen regiebehandelaar en cliënt. In de BasisGGz is de behandelaar veelal ook de regiebehandelaar en zal de evaluatie tussen cliënt en regiebehandelaar plaats vinden. De resultaten van elk evaluatieoverleg worden vastgelegd, evenals de eindevaluatie met de cliënt waarin besproken wordt of de doelen gehaald zijn en de behandeling bij VNN beëindigen kan worden. Rapportage naar huisarts en verwijzing naar eventuele vervolgzorg elders volgt hierop. Bij langdurigere en vaak meer complexe behandelingen wordt in elk geval 2 keer per jaar het zorgplan geëvalueerd. Na de evaluatie kan het zijn dat er in het zorgplan zaken aangepast moeten worden. Doelen kunnen zijn behaald en kunnen afgesloten worden en hetzelfde geldt voor de deelplannen. Ook kunnen er nieuwe doelen en deelplannen (behandelprogramma's) toegevoegd worden. Ook kan er sprake zijn van een herindicatie waarbij het zorgplan ook aangepast zal worden. De ambulante regiebehandelaar heeft hierin the lead. Voor afschaling vanuit de SGGz naar de BasisGGz chronisch en andersom zijn criteria vastgesteld: Uitstroom van FACT- en methadoncliënten naar de BasisGGz: Het betreft cliënten, die: 1. een langdurige verslaving of dubbeldiagnose hebben maar bij wie sprake is van stabiliteit in gebruik; 2. problemen op meerdere levensgebieden, die gestabiliseerd zijn of waar hulp vanuit de eerste lijn (huisarts en/of POH-GGz) of steunsysteem is georganiseerd; 3. gedrags- of

persoonlijheids- of psychiatrische problematiek, die gestabiliseerd is; 4. gericht op specifieke medicatie (psychofarmaca, Refusal, methadon, Suboxone) controle en/of -afbouw over een langere periode, eventueel ondersteund door de huisarts. Of cliënten die methadon op recept krijgen; 5. geen klinische opnames of plaatsing (F)ACT bord afgelopen 12 maanden 6. ongeveer één keer per 4 à 6 weken een contact nodig hebben (laagfrequent contact); 7. een up to date crisisplan en signaleringsplan hebben. Opschaling naar de specialistische GGz moet soepel verlopen; er is een verwijzing voor de specialistische GGz van de huisarts nodig. Dit gebeurt als er sprake is van: a. Toename van risico: zoals verwaarlozing, suïcide, agressie, therapie ontrouw, ernstige toename in gebruik, opvallend terugtrekgedrag, signalen van omgeving (zie signaleringsplan), automutilatie en decompensatie. b. Interfererende comorbiditeit: persoonlijkheidsproblematiek, psychosociale omgevingsvariabelen, somatische problemen e.d.(of zorgpad 3). c. Cliënt heeft een hulpvraag, waar een specialistisch aanbod voor nodig is (opname of behandeling comorbiditeit).

10d. Binnen Verslavingszorg Noord Nederland geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de volgende escalatieprocedure:

Escalatieprocedure De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de diagnostiek en het vaststellen van het zorgplan, de (coördinerend) behandelaar is verantwoordelijk voor het uitvoeren van individuele behandelbeleid. In situaties waarin de regiebehandelaar of de psychiater geraadpleegd dient te worden of in situaties met een spoedeisend karakter beslist deze. Deze laatste bepaalt ook of de situatie als spoedeisend wordt aangemerkt. De beslissing om de regiebehandelaar of de psychiater in te schakelen ligt bij de behandelaar omdat de behandelaar weet heeft van het actuele verloop. De behandelaar is verantwoordelijk voor het uitvoeren van het behandelbeleid van de individuele patiënt. Iedere betrokkene is verantwoordelijk voor adequate interdisciplinaire samenwerking in het kader van deze behandeling. In overlegsituaties met betrekking tot diagnostiek en behandeling spant een ieder zich in om de betrokkenen zoveel mogelijk op één lijn te krijgen, waarbij de regiebehandelaar de voorzittersrol heeft. Wanneer een professional desondanks van mening is, dat het vastgestelde beleid niet in overeenstemming is met zijn geweten, dan heeft hij de mogelijkheid de regiebehandelaar te laten weten, dat hij zijn medewerking aan de behandeling staakt. De regiebehandelaar is dan verantwoordelijk voor het garanderen van een adequate behandeling van de patiënt door een andere professional, zo nodig ziet hij de patiënt op dat moment zelf. Een professional kan zich wenden tot de teammanager en daarna tot de regiozorgmanager, wanneer 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. Indien dit voor één van de betrokkenen niet tot een bevredigende oplossing leidt, kan deze zich wenden tot de directeur zorg in afstemming met de Raad van Bestuur, voor beleidsmatige zaken of tot de 1e geneeskundige voor gevallen rondom een individuele patiënt, bij meningsverschillen bij een individuele behandeling en/of gedwongen zorg (in kader van de BOPZ).

11. Dossiervoering en omgang met patiëntgegevens

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

Ja

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

Ja

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

Ja

11d. Verslavingszorg Noord Nederland levert ROM-gegevens aan bij de Stichting Benchmark ggz (SBG) op geaggregeerd niveau ten behoeve van benchmarking:

Ja

12. Klachten en geschillenregeling

12a. Patiënten kunnen met klachten over een behandeling terecht bij

Naam instelling: Klachtencommissie VNN

Contactgegevens: Klachtencommissie Verslavingszorg Noord Nederland t.a.v. de ambtelijk secretaris
Postbus 8003 9702 KA Groningen e-mail adres: klachtencommissie@vnn.nl

De klachtenregeling is hier te vinden:

Upload van uw klachtenregeling op www.ggzkwaliteitsstatuut.nl

12b. Patiënten kunnen met geschillen over behandeling terecht bij

Naam geschilleninstantie waarbij instelling is aangesloten: Geschillencommissie Geestelijke
Gezondheidszorg

Contactgegevens: Geschillencommissie, Postbus 90600, 2509 LP Den Haag

De geschillenregeling is hier te vinden:

Upload van uw geschillenregeling op www.ggzkwaliteitsstatuut.nl

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

13. Wachtijd voor intake en behandeling

Patiënten vinden informatie over wachttijden voor intake en behandeling via deze link of document (en kunnen deze telefonisch opvragen). De informatie is gerangschikt naar generalistische basis-ggz en/of gespecialiseerde ggz, en –indien het onderscheid van toepassing is– per zorgverzekeraar en per diagnose.

Link naar wachttijden voor intake en behandeling: <http://www.vnn.nl/advies-hulp/volwassenen/hulp-bij-verslaving/wachtlijst/>

14. Aanmelding en intake

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

Aanmelding komt telefonisch binnen op de ambulante locaties bij de secretariaten of bureaudiensten. De meeste aanmeldingen gaan echter via ZorgDomein (verwijsapplicatie) waarna binnen VNN de aanmelding naar de juiste locatie gaat. De intaker en regiebehandelaar voeren waar mogelijk samen (een deel van) de intakegesprekken. De intake kan maximaal 3 gesprekken omvatten. Aan het eind van de intake is tussen de regiebehandelaar en de patiënt overeenstemming over de (voorlopige) diagnose, en de intensiteit (zorgpad) en het zorgtraject. Voorafgaand aan het 1e intakegesprek worden vragenlijsten (Mate Q/Mansa) door de patiënt ingevuld en wordt indien geïndiceerd de volledige MATE afgenomen in het 1e intakegesprek. Indien gewenst dan kan de patiënt bij het invullen van de Mate Q/Mansa ondersteuning krijgen. Het behandeladviesgesprek (aan het eind van de intake) met de patiënt wordt gevoerd door de intaker en de regiebehandelaar. De patiënt krijgt na afloop van de intakegesprekken de folder 'cliënteninformatie' mee en er wordt steeds aangegeven wat de vervolgstappen worden.

14b. Binnen Verslavingszorg Noord Nederland wordt de patiënt/cliënt terugverwezen naar de verwijzer –indien mogelijk met een passend advies- indien geen passend aanbod heeft op de zorgvraag van de patiënt/cliënt:

Ja

15. Diagnose

Beschrijf hoe de intake en diagnose binnen Verslavingszorg Noord Nederland is geregeld (hoe komt de aanmelding binnen, hoe komt de afspraak met de patiënt/cliënt voor de intake tot stand, wie is in de intakefase de regiebehandelaar en hoe komt die beslissing tot stand (afstemming met patiënt/cliënt), waaruit bestaan de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar indien deze wel/niet zelf de diagnose stelt):

De intaker en regiebehandelaar voeren waar mogelijk samen (een deel van) de intakegesprekken. De intake kan maximaal 3 gesprekken omvatten. Aan het eind van de intake is tussen de regiebehandelaar en de patiënt overeenstemming over de (voorlopige) diagnose, en de intensiteit (zorgpad) en het zorgtraject. Voorafgaand aan het 1e intakegesprek worden vragenlijsten (Mate Q/Mansa) door de patiënt ingevuld en wordt indien geïndiceerd de volledige MATE afgenomen in het 1e intakegesprek. Indien gewenst dan kan de patiënt bij het invullen van de Mate Q/Mansa ondersteuning krijgen. Het behandeladviesgesprek (aan het eind van de intake) met de patiënt wordt gevoerd door de intaker en de regiebehandelaar. De patiënt krijgt na afloop van de intakegesprekken de folder 'cliënteninformatie' mee en er wordt steeds aangegeven wat de vervolgstappen worden. De regiebehandelaar heeft een expliciete rol en taak bij de intake en diagnostiek en zorgtoewijzing: hij zorgt ervoor dat in samenspraak met de patiënt en met betrokken behandelaren een zorgplan wordt opgesteld en stelt deze vast. In het zorgplan wordt de verantwoordelijkheidsverdeling benoemd en aangegeven wie de regiebehandelaar, wie zorghouder is en wie de overige behandelaren zijn; hij draagt er zorg voor dat dit wordt uitgevoerd en wanneer nodig wordt bijgesteld; hij draagt er zorg voor dat de activiteiten van alle zorgverleners die bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn – en dus ook zijn eigen verrichtingen en activiteiten – op elkaar zijn afgestemd. Wanneer meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd bij de behandeling van de patiënt zijn betrokken, spant de regiebehandelaar zich in voor een goede samenwerking en afstemming, met toestemming van de patiënt/cliënt. Het is van essentieel belang dat in de behandeling de juiste c.q. aangewezen deskundigheid wordt betrokken.

16. Behandeling

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

Zorgplan Aan het eind van de intake wordt een indicatie gesteld en wordt de intensiteit (zorgpad) en het (concept) zorgplan vastgesteld. In het zorgplan wordt aangegeven welke doelen de cliënt nastreeft met de totale behandeling en welke behandelprogramma's hiervoor ingezet worden en welk tijdspad hiervoor nodig is. Het zorgplan is het leidende plan voor de totale behandeling van de cliënt. De indicatiestelling en het zorgplan worden besproken met de cliënt en definitief gemaakt. Het concept zorgplan wordt in nauwe samenwerking met de cliënt door de intaker opgesteld. Het zorgplan wordt samen met de regiebehandelaar en cliënt definitief vastgesteld bij indicatiestelling. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het definitief maken van het zorgplan.

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

Indien meerdere zorgprofessionals als zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening aan een patiënt coördineert de regiebehandelaar het zorgproces. Hij is het eerste en centrale aanspreekpunt voor de patiënt en zijn naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger. De regiebehandelaar draagt zorg voor de integraliteit van het behandelproces. De regiebehandelaar is passend bij het type behandeling en de doelgroep. Bij VNN hebben regiebehandelaren een academische opleiding of een daarmee vergelijkbaar niveau, welke onderworpen is aan een systeem van accreditatie en heraccreditatie en/of voorziet in gerichte bij- en nascholing. Regiebehandelaren zijn BIG-geregistreerd, hebben relevante werkervaring en nemen periodiek deel aan een vorm van intervisie en intercollegiale toetsing. De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling. hij heeft een expliciete rol en taak bij de intake en diagnostiek en zorgtoewijzing: hij zorgt ervoor dat in samenspraak met de patiënt en met betrokken behandelaren een zorgplan wordt

opgesteld en stelt deze vast. In het zorgplan wordt de verantwoordelijkheidsverdeling benoemd en aangegeven wie de regiebehandelaar, wie zorghouder is en wie de overige behandelaars zijn; hij draagt er zorg voor dat dit wordt uitgevoerd en wanneer nodig wordt bijgesteld; hij draagt er zorg voor dat de activiteiten van alle zorgverleners die bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn – en dus ook zijn eigen verrichtingen en activiteiten – op elkaar zijn afgestemd. Wanneer meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd bij de behandeling van de patiënt zijn betrokken, spant de regiebehandelaar zich in voor een goede samenwerking en afstemming, met toestemming van de patiënt/cliënt. Het is van essentieel belang dat in de behandeling de juiste c.q. aangewezen deskundigheid wordt betrokken. Daar waar het regiebehandelaarschap moet worden overgedragen, gebeurt dit zorgvuldig en in overleg met de patiënt en eventueel zijn naasten. Wisseling van regiebehandelaar zal in de praktijk vaker voorkomen in geval van: een nieuwe fase van de behandeling een wijziging in het zorgplan, met als gevolg wijziging van de zorgverlener(s) op verzoek van de patiënt (met redenen omkleed) de regiebehandelaar gedurende langere tijd niet, of niet meer beschikbaar is. Bij wisseling van regiebehandelaarschap is de overdragende regiebehandelaar verantwoordelijk voor een goede overdracht van alle gemaakte afspraken en legt deze vast in het dossier/EPD. Wanneer dit passend is kan de regiebehandelaar zijn coördinerende taken delegeren aan een behandelaar, die daarmee zorghouder wordt. De regiebehandelaar houdt de verantwoordelijkheid voor de regie en het daarbij horende inhoudelijke toezicht. De coördinerende taken die gedelegeerd kunnen worden, zijn vooral die taken die in de lijn van het directe patiëntencontact liggen. De regiebehandelaar coördineert de afstemming tussen alle betrokken zorgverleners en is verantwoordelijk voor de integraliteit van de behandeling. Het overleg is gericht op overeenstemming door middel van gezamenlijke besluitvorming. Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling heeft de regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem, echter niet eerder dan nadat alle betrokken deskundigen gehoord zijn. Indien een verschil van mening of inzicht niet op deze manier kan worden opgelost voorziet de escalatieprocedure in verdere stappen. De regiebehandelaar draagt niet de verantwoordelijkheid voor de door andere zorgverleners tijdens het behandelingstraject uitgevoerde afzonderlijke verrichtingen en interventies. Daarvoor zijn en blijven die andere zorgverleners zelf ten volle verantwoordelijk.

16c. De voortgang van de behandeling wordt binnen Verslavingszorg Noord Nederland als volgt gemonitord (zoals voortgangsbepreking behandelplan, evaluatie, vragenlijsten, ROM):

Evalueren Bij de vaststelling van het zorgplan en bij het overleg met de cliënt hierover wordt besproken wanneer, hoe en met wie het zorgplan wordt geëvalueerd. Bij kortere (< 6 maanden) en minder complexe behandelingen vindt er tussentijds overleg plaats tussen regiebehandelaar, zorghouder en cliënt. In de BasisGGz is de behandelaar veelal ook de regiebehandelaar en zal de evaluatie tussen cliënt en regiebehandelaar plaats vinden. De resultaten van elk evaluatieoverleg worden vastgelegd, evenals de eindevaluatie met de cliënt waarin besproken wordt of de doelen gehaald zijn en de behandeling bij VNN beëindigd kan worden. Bij langdurigere en vaak meer complexe behandelingen wordt in elk geval 2 keer per jaar het zorgplan geëvalueerd. Bij meerdere behandelprogramma's wordt voor het MDO, alle informatie van de betrokken behandelaars in de evaluatie meegenomen. De verantwoordelijke hiervoor is de regiebehandelaar, die ook zorgt voor input uit de MATE-outcome en de Mansa (ROM). Daarnaast wordt, tegelijkertijd met de MATE –outcome, de CQ index ingevuld, een meetinstrument voor klantervaringen. Zorgplanevaluatie, dus de evaluatie op middelengebruik, comorbide problematiek en de leefgebieden (ook kind en gezin), is leidend in de behandeling van de cliënt. Cliënt kan aanwezig zijn bij de evaluatie van het zorgplan in het MDO maar er kan ook voor gekozen worden om de evaluatie alleen met de cliënt, de regiebehandelaar en de zorghouder te doen. Zorgplan bijstellen Na de evaluatie kan het zijn dat er in het zorgplan zaken aangepast moeten worden. Doelen kunnen zijn behaald en kunnen afgesloten worden. Ook kunnen er nieuwe doelen en behandelprogramma's toegevoegd worden. Ook kan er sprake zijn van een herindicatie waarbij het zorgplan aangepast wordt. De regiebehandelaar heeft hierin the lead. Al deze wijzigingen worden verwerkt in het zorgplan. Ook de wijzigingen van dit zorgplan worden besproken met de cliënt en dit gesprek wordt ook vastgelegd.

16.d Binnen Verslavingszorg Noord Nederland evalueert de regiebehandelaar samen met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling als volgt (toelichting op wijze van evaluatie en frequentie):

Evaluëren Bij de vaststelling van het zorgplan en bij het overleg met de cliënt hierover wordt besproken wanneer, hoe en met wie het zorgplan wordt geëvalueerd. Bij kortere (< 6 maanden) en minder complexe behandelingen vindt er tussentijds overleg plaats tussen regiebehandelaar, zorghouder en cliënt. In de BasisGGz is de behandelaar veelal ook de regiebehandelaar en zal de evaluatie tussen cliënt en regiebehandelaar plaats vinden. De resultaten van elk evaluatieoverleg worden vastgelegd, evenals de eindevaluatie met de cliënt waarin besproken wordt of de doelen gehaald zijn en de behandeling bij VNN beëindigd kan worden. Bij langdurigere en vaak meer complexe behandelingen wordt in elk geval 2 keer per jaar het zorgplan geëvalueerd. Bij meerdere behandelprogramma's wordt voor het MDO, alle informatie van de betrokken behandelaars in de evaluatie meegenomen. Zorgplanevaluatie, dus de evaluatie op middelengebruik, comorbide problematiek en de leefgebieden (ook kind en gezin), is leidend in de behandeling van de cliënt. Cliënt kan aanwezig zijn bij de evaluatie van het zorgplan in het MDO maar er kan ook voor gekozen worden om de evaluatie alleen met de cliënt, de regiebehandelaar en de zorghouder te doen. Zorgplan bijstellen Na de evaluatie kan het zijn dat er in het zorgplan zaken aangepast moeten worden. Doelen kunnen zijn behaald en kunnen afgesloten worden. Al deze wijzigingen worden verwerkt in het zorgplan. Ook de wijzigingen van dit zorgplan worden besproken met de cliënt en dit gesprek wordt ook vastgelegd.

16e. De tevredenheid van patiënten/cliënten wordt binnen Verslavingszorg Noord Nederland op de volgende manier gemeten (wanneer, hoe):

VNN maakt gebruik van de CQi om de ervaringen en tevredenheid van de cliënt te meten. De uitkomsten hiervan worden met de cliëntenraad besproken. Er worden afspraken met de cliëntenraad en binnen het MT gemaakt om mogelijke verbeteringen te kunnen bewerkstelligen. De afkorting CQi of CQ-index staat voor Consumer Quality Index. Dit is een gestandaardiseerde methodiek om klantervaringen in de zorg te meten, te analyseren en te rapporteren. Op deze manier kan men achterhalen wat cliënten belangrijk vinden in de zorg én wat hun concrete ervaringen zijn. Voor 2017 wordt de vernieuwde verkorte CQi in het cliëntregistratiesysteem ingebouwd. De nieuwe CQi bevat 2 onderdelen, het generieke deel en het deel voor de klinische populatie. Het generieke deel bevat 16 vragen en de klinische module nog 6 extra vragen. In 2017 wordt deze CQi ook gekoppeld aan het cliëntportaal in Alta, de nieuwe versie van User waardoor cliënten de vragenlijsten op een zelf gekozen moment zelf (en wellicht anoniem) kunnen invullen. Op deze manier kan VNN op een meer continue manier cliëntervaringen meten. Dus niet alleen aan het eind van de behandeling, maar meer in een doorlopend proces waarbij cliënten op een hele makkelijke en ook anonieme manier een aantal vragen kunnen beantwoorden. Dit doorlopend proces zorgt er voor dat de uitkomsten van de vragen ook direct gebruikt kunnen worden om onze zorg te verbeteren. Daarnaast is het mogelijk dat VNN een aantal eigen vragen toe kan voegen aan de CQi waardoor we nog inzichtelijker kunnen maken wat de ervaringen van de cliënten van VNN zijn.

17. Afsluiting/nazorg

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

Beëindiging van de behandelingsovereenkomst/behandeling vindt in goed overleg plaats, doorgaans omdat gestelde behandeldoelen zijn gehaald. De regiebehandelaar bepaalt wanneer de behandeling wordt beëindigd en neemt daartoe, na afstemming met de cliënt, een besluit. De volgende acties worden uitgevoerd: een eindgesprek, bespreken van eventuele vervolgzorg en zo nodig regelen hiervan. Daarnaast informeren we de huisarts, eventuele andere verwijzende instantie en de vervolgbehandelaar over de afsluiting van de behandeling en het advies voor het vervolg. De

resultaten hiervan worden in het EPD vastgelegd. Als cliënt bezwaar maakt dan proberen we cliënt te motiveren om zelf contact te hebben met de verwijzer en zijn huisarts of de vervolghandelaar.

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

Tijdens de behandeling kunnen cliënten gebruik maken van een signaleringsplan en crisiskaart. Signaleringsplannen helpen cliënten en hun omgeving vroegtijdiger de voortekenen van een potentiële uitglijder of terugval te leren signaleren en hanteren. Dat betekent dat men eerder gebruik kan maken van aanwezige resources (krachtbronnen) bij zichzelf en/of de omgeving, zodat de cliënt kan "doen wat werkt" en "stoppen te doen wat niet werkt". Signaleringsplannen komen tot stand gedurende de gehele behandeling of begeleiding, worden geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Een crisiskaart is een kaart die door cliënt, eventueel met zijn of haar omgeving en behandelaar, is opgemaakt. De crisiskaart beschrijft voor de omgeving van een cliënt in crisis kort hoe de crisis wordt herkend en wat de dos and don'ts zijn ten tijde van crisis. Onderzoek wijst uit dat de crisiskaart gevoelens van zekerheid en veiligheid bij verschillende belanghebbenden versterkt, en het begrip over en inzicht in crises vergroot. Het bevordert de empowerment en autonomie van cliënten, het efficiënt handelen, de juiste bejegening en het voorkomt escalatie. Na afsluiting van de behandeling worden er afspraken gemaakt met wie en wanneer er contact opgenomen kan worden bij een terugval of crisis. Cliënten kunnen altijd weer in zorg komen bij VNN.

IV. Ondertekening

Naam bestuurder van Verslavingszorg Noord Nederland:

Prof. dr. Gabriël G. Anthonio

Plaats:

Groningen

Datum:

7 december 2016

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

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);

Een kopie van de overeenkomst met SBG voor aanlevering van ROM-gegevens;

Zijn algemene leveringsvoorwaarden;

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