

Goedgekeurd kwaliteitsstatuut ggz - Instelling format C

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 zoals bekend bij KVK: Verslavingszorg Noord Nederland

Hoofd postadres straat en huisnummer: Leonard Springerlaan 27

Hoofd postadres postcode en plaats: 9727KB GRONINGEN

Website: www.vnn.nl

KvK nummer: 2084324

AGB-code 1: 06290105

2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt

Naam: Attie van der Meulen

E-mailadres: a.vandermeulen@vnn.nl

Tweede e-mailadres

Telefoonnummer: 0622518978

3. Onze locaties vindt u hier

Link: <https://www.vnn.nl/over-vnn/adressen>

4. Beschrijving aandachtsgebieden/zorgaanbod:

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

Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) zet zich in voor mensen die problemen ondervinden als gevolg van een verslaving. Met name op het gebied van alcohol, drugs, gokken of gamen. VNN biedt preventie, behandeling (ambulant en klinisch), begeleiding, reclassering en forensische zorg in de 3 noordelijke provincies Groningen, Friesland en Drenthe. Voor de gezinskliniek en de klinische behandeling van jongeren (< 18 jaar) heeft VNN een landelijke functie. Wij bieden ook behandeling op de comorbide problematiek en op de leefgebieden, die door de verslaving zijn aangedaan. VNN biedt preventie en zorg (ook E-Health) aan jongeren, volwassenen en volwassenen met verslavingsproblematiek en een justitiële titel. Onze missie is perspectief bieden op een ander leven, een leven zonder of met minder verslavingsproblemen. We werken nauw samen met de cliënt (samen beslissen), zijn naasten en onze netwerkpartners en proberen de transgenerationale verslaving te doorbreken en verslaving te voorkomen.

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

Alcohol

Overige aan een middel

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

Nee

4d. Heeft u nog overige specialismen: (optioneel, meerdere antwoorden mogelijk):

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

☒ verslaving en trauma en verslaving en stemmingsstoornissen
verslaving en ADHD en verslaving en persoonlijkheidsstoornissen
Mensen met een (licht) verstandelijke beperking

5. Beschrijving professioneel netwerk:

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 huisartsen, met ziekenhuizen/specialisten, met cliëntenorganisaties, met gemeenten, met woningbouwverenigingen, met de van Mesdag (FPC) en met collega-verslavingszorginstellingen (binnen Verslavingskunde Nederland). Maar ook met opleidingsinstituten zoals de RUG, de Hanzehogeschool en andere scholen in het noorden. Verder landelijk met het Nispa en het AIAR.

In het kader van jeugd werken we o.a. samen met jeugdhulpverlening, veiligheidshuizen, jeugdreclassering, jeugd GGZ, 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 justitie en met maatschappelijke organisaties. Onze reclasseringsafdeling is één van de 10 regionale SVG-instellingen en we werken samen met Reclassering Nederland en het Leger des Heils.

6. Onze instelling biedt zorg aan in:

Omdat in het Zorgprestatiemodel nog wordt gewerkt met een onderscheid in basis- en specialistische ggz wordt tijdelijk deze vraag ook opgenomen in het kwaliteitsstatuut. Dit onderscheid zal in de toekomst vervallen en dan blijft uitsluitend de indeling in categorieën over.

6a. Verslavingszorg Noord Nederland heeft aanbod in:

de generalistische basis-ggz:

Zie de uitwerking hiervan in het Professioneel Statuut (tabel op pagina 5 en 6).

de gespecialiseerde-ggz:

Zie de uitwerking hiervan in het Professioneel Statuut (tabel op pagina 5 en 6).

6b. Verslavingszorg Noord Nederland heeft aanbod in de categorieën van complexiteit van situatie:

Categorie A Indicerend regiebehandelaar:

Hiervoor verwijzen wij naar het professioneel staat waarin beschreven staat voor welke doelgroep welke discipline als regiebehandelaar kan optreden (tabel op pagina 5 en 6).

Het professioneel statuut strekt verder en heeft tot doel duidelijkheid te geven over ieders bevoegdheden in de interdisciplinaire samenwerking. Een beschrijving van het deskundigheidsgebied van de beroepsgroepen vormt daarvoor de basis. (Samen)werken wordt in het professioneel statuut vanuit de invalshoek van de formele verantwoordelijkheidsdeling in de (multidisciplinaire)zorg besproken. Geregeld wordt wie verantwoordelijk is voor de toewijzing, de diagnostiek, de indicatiestelling en de zorg (de behandeling en de begeleiding) en consultatie, escalatie en toezicht.

Categorie A Coördinerend regiebehandelaar:

Hiervoor verwijzen wij naar het professioneel staat waarin beschreven staat voor welke doelgroep welke discipline als regiebehandelaar kan optreden (tabel op pagina 5 en 6).

Het professioneel statuut strekt verder en heeft tot doel duidelijkheid te geven over ieders bevoegdheden in de interdisciplinaire samenwerking. Een beschrijving van het deskundigheidsgebied van de beroepsgroepen vormt daarvoor de basis. (Samen)werken wordt in het professioneel statuut vanuit de invalshoek van de formele verantwoordelijkheidsdeling in de (multidisciplinaire)zorg besproken. Geregeld wordt wie verantwoordelijk is voor de toewijzing, de diagnostiek, de indicatiestelling en de zorg (de behandeling en de begeleiding) en consultatie, escalatie en toezicht.

Categorie B Indicerend regiebehandelaar:

Hiervoor verwijzen wij naar het professioneel staat waarin beschreven staat voor welke doelgroep welke discipline als regiebehandelaar kan optreden (tabel op pagina 5 en 6).

Het professioneel statuut strekt verder en heeft tot doel duidelijkheid te geven over ieders

bevoegdheden in de interdisciplinaire samenwerking. Een beschrijving van het deskundigheidsgebied van de beroepsgroepen vormt daarvoor de basis. (Samen)werken wordt in het professioneel statuut vanuit de invalshoek van de formele verantwoordelijkheidsdeling in de (multidisciplinaire)zorg besproken. Geregeld wordt wie verantwoordelijk is voor de toewijzing, de diagnostiek, de indicatiestelling en de zorg (de behandeling en de begeleiding) en consultatie, escalatie en toezicht. **Categorie B Coördinerend regiebehandelaar:**

Hiervoor verwijzen wij naar het professioneel staat waarin beschreven staat voor welke doelgroep welke discipline als regiebehandelaar kan optreden (tabel op pagina 5 en 6).

Het professioneel statuut strekt verder en heeft tot doel duidelijkheid te geven over ieders bevoegdheden in de interdisciplinaire samenwerking. Een beschrijving van het deskundigheidsgebied van de beroepsgroepen vormt daarvoor de basis. (Samen)werken wordt in het professioneel statuut vanuit de invalshoek van de formele verantwoordelijkheidsdeling in de (multidisciplinaire)zorg besproken. Geregeld wordt wie verantwoordelijk is voor de toewijzing, de diagnostiek, de indicatiestelling en de zorg (de behandeling en de begeleiding) en consultatie, escalatie en toezicht. **Categorie C Indicierend regiebehandelaar:**

Hiervoor verwijzen wij naar het professioneel staat waarin beschreven staat voor welke doelgroep welke discipline als regiebehandelaar kan optreden (tabel op pagina 5 en 6).

Het professioneel statuut strekt verder en heeft tot doel duidelijkheid te geven over ieders bevoegdheden in de interdisciplinaire samenwerking. Een beschrijving van het deskundigheidsgebied van de beroepsgroepen vormt daarvoor de basis. (Samen)werken wordt in het professioneel statuut vanuit de invalshoek van de formele verantwoordelijkheidsdeling in de (multidisciplinaire)zorg besproken. Geregeld wordt wie verantwoordelijk is voor de toewijzing, de diagnostiek, de indicatiestelling en de zorg (de behandeling en de begeleiding) en consultatie, escalatie en toezicht. **Categorie C Coördinerend regiebehandelaar:**

Hiervoor verwijzen wij naar het professioneel staat waarin beschreven staat voor welke doelgroep welke discipline als regiebehandelaar kan optreden (tabel op pagina 5 en 6).

Het professioneel statuut strekt verder en heeft tot doel duidelijkheid te geven over ieders bevoegdheden in de interdisciplinaire samenwerking. Een beschrijving van het deskundigheidsgebied van de beroepsgroepen vormt daarvoor de basis. (Samen)werken wordt in het professioneel statuut vanuit de invalshoek van de formele verantwoordelijkheidsdeling in de (multidisciplinaire)zorg besproken. Geregeld wordt wie verantwoordelijk is voor de toewijzing, de diagnostiek, de indicatiestelling en de zorg (de behandeling en de begeleiding) en consultatie, escalatie en toezicht. **Categorie D Indicierend regiebehandelaar:**

Hiervoor verwijzen wij naar het professioneel staat waarin beschreven staat voor welke doelgroep welke discipline als regiebehandelaar kan optreden (tabel op pagina 5 en 6).

Het professioneel statuut strekt verder en heeft tot doel duidelijkheid te geven over ieders bevoegdheden in de interdisciplinaire samenwerking. Een beschrijving van het deskundigheidsgebied van de beroepsgroepen vormt daarvoor de basis. (Samen)werken wordt in het professioneel statuut vanuit de invalshoek van de formele verantwoordelijkheidsdeling in de (multidisciplinaire)zorg besproken. Geregeld wordt wie verantwoordelijk is voor de toewijzing, de diagnostiek, de indicatiestelling en de zorg (de behandeling en de begeleiding) en consultatie, escalatie en toezicht. **Categorie D Coördinerend regiebehandelaar:**

Hiervoor verwijzen wij naar het professioneel staat waarin beschreven staat voor welke doelgroep welke discipline als regiebehandelaar kan optreden (tabel op pagina 5 en 6).

Het professioneel statuut strekt verder en heeft tot doel duidelijkheid te geven over ieders bevoegdheden in de interdisciplinaire samenwerking. Een beschrijving van het deskundigheidsgebied van de beroepsgroepen vormt daarvoor de basis. (Samen)werken wordt in het professioneel statuut vanuit de invalshoek van de formele verantwoordelijkheidsdeling in de (multidisciplinaire)zorg besproken. Geregeld wordt wie verantwoordelijk is voor de toewijzing, de diagnostiek, de indicatiestelling en de zorg (de behandeling en de begeleiding) en consultatie, escalatie en toezicht.

7. Structurele samenwerkingspartners

Verslavingszorg Noord Nederland werkt ten behoeve van de behandeling en begeleiding van patiënten/cliënten samen met (beschrijf 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:

1. Jeugd FACT/ 3 noordelijke provincies/ Er zijn inmiddels in Noord-Nederland verschillende FACT-Jeugdteams actief: o.a. in Assen, Emmen, Hogeveen, Meppel, Groningen-stad en Winschoten. Ook in Heerenveen, Drachten, Leeuwarden en Sneek.

Doel: Samenwerking voor jongeren in ambulante behandelteams wanneer er naast verslaving ook sprake is van psychiatrische of LVB-problematiek.

Groningen: Accare, Lentis Jonx, Elker, Reik.

Drenthe: Accare, GGZ Drenthe, Cosis, Yorneo, Ambiq.

Friesland: GGZ Friesland (Kinnik), Reik en Jeugdhulp Friesland.

<https://www.accare.nl>

<https://www.lentis.nl/organisatie/jonx/>

<https://www.elker.nl>

<https://www.reik.nl>

<https://www.ggzdrenthe.nl>

<https://www.cosis.nu/>

<https://www.yorneo.nl/>

<https://www.ambiq.nl>

<https://www.kinnik.nl>

<http://jeugdhulpfriesland.nl>

2. FACT voor volwassenen/ 3 noordelijke provincies

Doel: Samenwerking voor cliënten in ambulante behandelteams wanneer er naast verslaving ook sprake is van psychiatrische problematiek (EPA doelgroep).

Samenwerking met GGZ Friesland, Lentis, UCP en GGZ Drenthe, maatschappelijke organisaties, GKB, woningcorporaties, huisartsen en

<https://www.ggzfriesland.nl>

<https://www.lentis.nl>

<https://www.ggzdrenthe.nl>

<https://www.degkb.nl>

1. In Friesland (Sneek en Lemmer) 2 geïntegreerde FACT-teams, FACT+ VNN en GGZ Friesland

2. In Drenthe: samenwerkingsverband rondom de EPA doelgroep door middel van het project Optimaal Leven: VNN, Cosis 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, Hogeveen 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://optimaallevendrenthe.nl/nieuws/mijn-herstelplan-drie-behandelplannen-n>

3. In Groningen: BING (Bemoeizorg in Groningen)/ Samenwerking tussen Lentis en VNN.

Bemoeizorg is voor mensen met complexe verslavings- en psychiatrische problemen, een dubbele diagnose. Vaak willen of kunnen deze mensen in eerste instantie de hulp van zorg niet accepteren. Wij zoeken hen op en proberen een band op te bouwen. Het uiteindelijke doel is eigen kwaliteiten benutten en een stabiel leven leiden in de maatschappij.

<https://www.lentis.nl/locaties/bemoeizorg-groningen-bing/>

Verder met huisartsen, praktijkondersteuners, bedrijfsartsen, specialisten en ziekenhuizen (ook voor de verwijzing van mensen met een ernstige tabaksverslaving en somatische problematiek).

Doel: verwijzing naar zorg, samenwerking in de behandeling

Bij jeugd: verwijzen naar VNN bij overmatig alcoholgebruik en bijvoorbeeld comadranken (preventie)

<http://www.martinziekenhuis.nl/>
<http://www.wza.nl/>
<https://www.umcg.nl>
<https://www.mcl.nl>

4. Forensische zorg (alle regio's)

Doel: toeleiding met als doel trajecten vorm te geven ter voorkoming van recidive.

Samenwerkingspartners: Reclassering, Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), OM, Stichting FPC Dr. S. van Mesdag <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).

5. Woningcorporaties: Doel: samenwerking ten behoeve van vroegsignalering, huisvesting realiseren en preventie van huisuitzetting.

6. Samenwerking met Werkbedrijven, zoals WerkPro en Royal.

Doel: dagbesteding en werk voor onze cliënten.

<http://www.werkpro.nl/>

<https://royalwerkbedrijf.nl/>

7. Verder werken we samen met:

- Opleidingsinstituten, kennisinstituten en samenwerkingsverbanden zoals de Rijksuniversiteit van Groningen, Hanzehogeschool, Nispa, AIAR en Verslavingskunde Nederland.

Doel: Samenwerking en kennis omtrent verslaving verhogen (onderzoek) om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren.

- voor de farmaceutische zorg met apotheken en ziekenhuizen / Doel: kwaliteit van zorg

- Overige landelijke netwerken

II. Organisatie van de zorg

8. Lerend netwerk

Verslavingszorg Noord Nederland geeft op de volgende manier invulling aan het lerend netwerk van indicierend en coördinerend regiebehandelaren. Indien u een kleine zorgaanbieder bent (2 -50 zorgverleners), dient u ook aan te geven met welke andere zorgaanbieder u zich heeft verbonden om dit lerend netwerk mogelijk te maken.

De regiebehandelaren binnen VNN maken deel uit van diverse lerende netwerken, waarbij sprake is van collegiaal leren, in vaste groepen die doorlopend worden gehouden rond een thema of casuïstiek.

☐ Er is een intervisiegroep voor psychiaters binnen VNN, tevens maken de psychiaters ook deel uit van intervisiegroepen in extern verband. Kennis en ervaringen worden uitgewisseld over een bepaald kennisgebied of casuïstiek.

☐ Er zijn vakgroepen waarin de regiebehandelaren uit alle afzonderlijke beroepsgroepen deelnemen aan besprekingen rond thema's en hun eigen kennisgebieden.

☐ Deze vakgroepen komen bij elkaar in de multidisciplinaire Staf (MuSt) waarbij de (regie)behandelaren van alle disciplines zijn vertegenwoordigd.

☐ Er zijn intervisiegroepen in specifieke settingen zoals de forensische polikliniek waarin collegiaal wordt geleerd in multidisciplinair verband en met regiebehandelaren van diverse disciplines rond casuïstiek of thema's.

Er worden klinische (geaccrediteerde) refereermiddagen gehouden voor de regiebehandelaren onder aanvoering van verslavingsartsen, psychiaters, verpleegkundig specialisten en (klinisch) psychologen. Het betreft een geaccrediteerde in company scholing waarin state of the art verslavingspsychiatrie aan bod komt.

De thema's zijn o.a.:

- ☐ Medische en psychiatrische implicaties door verslaving
- ☐ Motiverende gespreksvoering
- ☐ Psychotherapeutische interventies
- ☐ State of the art behandelingen in verslavingszorg

Op afdelingen zijn met vaste regelmaat werkoverleggen, waar ook thema's worden ingebracht op een bepaald kennisgebied waaraan ook regiebehandelaren van meerdere disciplines deelnemen. Daarnaast worden afdelingen/ behandelteams getraind vanuit het opleidingshuis rond specifieke thema's zoals de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, suïcidepreventie en kinderen van ouders met verslaving.

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 volgens kwaliteitsstandaarden, 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.

VNN vraagt van haar medewerkers dat zij medewerking verlenen aan het tot stand komen van en werken volgens de interne (en externe) kaders. Tevens vereist VNN van haar BIG-geregistreeerde medewerkers dat zij blijvend voldoen aan de (her)registratie-eisen.

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 Verslavingszorg Noord Nederland is het (multidisciplinair) overleg en de informatie-uitwisseling en -overdracht tussen indicerend en coördinerend regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren als volgt geregeld (beschrijf wat u heeft geregeld voor het uitvoeren van de (multidisciplinaire) overleggen, o.a. samenstelling, overlegfrequentie, wijze van verslaglegging):

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.

Taken regiebehandelaren:

Uit de beschreven competenties blijkt dat de regiebehandelaar zorg draagt voor de integraliteit van het behandelproces en een aandeel heeft in de inhoudelijke behandeling. Dit betekent concreet in taken:

☐ Hij heeft een rol en taak bij de intake, diagnostiek, zorgtoewijzing en in de coördinatie van het behandelproces.

☐ Hij zorgt ervoor dat er in samenspraak met de cliënt en met betrokken bevoegde en bekwaame behandelaren een zorgplan wordt opgesteld en stelt deze vast. Hij draagt er zorg voor dat dit wordt uitgevoerd en wordt bijgesteld.

☐ De regiebehandelaar draagt zorg voor goede communicatie met de cliënt en diens naasten over het beloop van de behandeling. Dit kan gedelegeerd worden aan de behandelaar/zorghouder.

☐ De regiebehandelaar ziet erop toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Alle betrokken zorgverleners hebben een eigen verantwoordelijkheid in de dossiervoering.

☐ De regiebehandelaar laat zich informeren door de andere betrokken zorgverleners. De regiebehandelaar volgt de bijdragen van andere behandelaren en toetst of deze passen binnen het zorgplan.

☐ Hij heeft een coachende rol in het multidisciplinaire team, biedt consultatie aan betrokken behandelaren maar spreekt de behandelaar ook aan wanneer hij op de hoogte is van een tekortkoming of wanneer er sprake is van een structureel probleem.

☒ Wanneer meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd bij de behandeling van de cliënt zijn betrokken, spant de regiebehandelaar zich in voor een goede samenwerking en afstemming (met toestemming van de cliënt).

De regiebehandelaar en de andere betrokken behandelaren treffen elkaar ten behoeve van periodieke evaluatie van het zorgplan in persoonlijk contact en/of in teamverband, zo mogelijk in aanwezigheid van de cliënt met de daartoe noodzakelijke frequentie, op geleide van de problematiek/vraagstelling.

Multidisciplinair overleg:

In geval van interdisciplinaire dan wel multidisciplinaire behandeling is multidisciplinair overleg een voorwaarde. De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling. Hij zorgt ervoor dat in samenspraak met de cliënt en diens naasten een zorg/behandelplan wordt opgesteld en stelt deze vast; hij draagt er zorg voor dat dit behandelplan wordt uitgevoerd en geëvalueerd en – wanneer omstandigheden daartoe aanleiding geven – wordt bijgesteld. De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat de verrichtingen of activiteiten van alle zorgverleners die beroepshalve bij de behandeling van de cliënt betrokken zijn – en dus ook zijn eigen verrichtingen of activiteiten – op elkaar zijn afgestemd.

Wanneer meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd bij de behandeling van de cliënt zijn betrokken, spant de regiebehandelaar zich in voor een goede samenwerking en afstemming, met toestemming van cliënt en legt samenwerkingsafspraken en onderscheiden verantwoordelijkheden in de behandeling van de samenwerkende zorgaanbieders vast in het dossier (EPD) van de cliënt.

Bij VNN worden behandelingen binnen de specialistische GGZ en de forensische zorg altijd gegeven vanuit multidisciplinaire teams. Er is altijd een verslavingsarts, psychiater of klinisch psycholoog beschikbaar voor het MDO.

Na het triageproces na de aanmelding wordt een passende regiebehandelaar gekoppeld aan het intakeproces. Naast de regiebehandelaar wordt er een intaker aangesteld die als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en het daadwerkelijke start van de behandeling.

De frequentie van het MDO hangt af van de zorgvraag en zorgsoort. De verslaggeving vindt plaats in het EPD van de cliënt.

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

Volgend en/of voorliggend echelon:

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 vervolgbehandelaar.

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 behandelaar is verantwoordelijk voor het uitvoeren van het individuele behandelbeleid. In situaties waarin de regiebehandelaar of de psychiater geraadpleegd dient te worden of in situaties met een spoedeisend karakter beslissen deze. De beslissing om de regiebehandelaar of de psychiater in te schakelen ligt bij de behandelaar, omdat de behandelaar weet heeft van het actuele verloop. In overlegsituaties met betrekking tot diagnostiek en behandeling spant eenieder zich in om de betrokkenen zoveel mogelijk op één lijn te krijgen, waarbij de regiebehandelaar veelal 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 cliënt door een andere professional; zo nodig ziet hij de cliënt op dat moment zelf.

Een professional kan zich wenden tot de teammanager en daarna tot de regiodirecteur 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 geneesheer-directeur voor gevallen rondom een individuele cliënt, bij meningsverschillen bij een individuele behandeling en/of gedwongen zorg (in het kader van de WVGZ).

11. Dossiervoering en omgang met patiëntgegevens

11a. Ik vraag om toestemming van de patiënt/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 patiënt/cliënt zijn diagnose niet kenbaar wil maken aan zijn zorgverzekeraar/ NZA:

Ja

12. Klachten en geschillenregeling

12a. Patiënten/cliënten kunnen de klachtenregeling hier vinden (kies een van de twee opties):

Link naar klachtenregeling: <https://www.vnn.nl/hulp/praktische-informatie/klachten>

12b. Patiënten/cliënten kunnen met geschillen over een behandeling en begeleiding 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:

Link naar geschillenregeling: <https://www.degeschillencommissiezorg.nl/over-ons/zorgcommissies/geestelijke-gezondheidszorg/>

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

13. Wachtijd voor intake/problemanalyse en behandeling en begeleiding

Patiënten/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://www.vnn.nl/hulp/praktische-informatie/wachttijden-voor-behandeling>

14. Aanmelding en intake/problemanalyse

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 patiënt):

- De meeste aanmeldingen gaan via ZorgDomein (verwijsapplicatie) waarna binnen VNN de aanmelding naar de juiste locatie gaat. De aanmelding kan ook telefonisch binnen komen op de ambulante locaties bij de secretariaten of bureaudiensten. De intaker en regiebehandelaar voeren waar mogelijk samen (een deel van) de intakegesprekken. Bij de uitnodiging wordt bij de cliënt aangegeven dat er een belangrijke naaste meegenomen kan worden naar de intake. De intake kan meerdere gesprekken omvatten. Aan het eind van de intake is tussen de regiebehandelaar en de cliënt overeenstemming over de (voorlopige) diagnose, en de intensiteit van de behandeling/ het zorgtraject. Voorafgaand aan het 1e intakegesprek worden vragenlijsten (Mate Q/Mansa) door de cliënt ingevuld. Dit kan via ons cliëntportaal 'Mijn VNN'. Indien geïndiceerd wordt de volledige MATE afgenomen in het 1e intakegesprek. MATE staat voor Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie. De Mansa is een vragenlijst over de kwaliteit van leven.

-

Het behandeladviesgesprek (aan het eind van de intake) met de cliënt wordt gevoerd door de intaker en de regiebehandelaar. De cliënt krijgt na afloop van de intakegesprekken duidelijk welke behandeling hij krijgt en wie daarbij betrokken zijn. Dit is het begin van het zorgplan (de behandelovereenkomst). Er wordt steeds aangegeven wat de vervolgstappen zijn en wanneer het volgende gesprek zal plaats vinden.

14b. Binnen Verslavingszorg Noord Nederland wordt de patiënt/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 patiënt/cliënt:

Ja

15. Indicatiestelling

Beschrijf hoe de intake/probleemanalyse en indicatiestelling binnen uw instelling 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 indicierend regiebehandelaar en hoe komt die beslissing tot stand (afstemming met patiënt/cliënt), waaruit bestaan de verantwoordelijkheden van de indicierend regiebehandelaar bij het stellen van de diagnose)

De intaker en regiebehandelaar voeren waar mogelijk samen (een deel van) de intakegesprekken. Aan het eind van de intake is tussen de

regiebehandelaar en de cliënt overeenstemming over de (voorlopige) diagnose, en de intensiteit van zorg en het zorgtraject. Voorafgaand aan het 1e intakegesprek worden vragenlijsten (Mate Q/Mansa) door de cliënt ingevuld en wordt indien geïndiceerd de volledige MATE afgenomen in het 1e intakegesprek. Indien gewenst dan kan de cliënt bij het invullen van de Mate Q/Mansa ondersteuning krijgen. Het behandeladviesgesprek (aan het eind van de intake-fase) met de cliënt wordt

waar mogelijk gevoerd door de intaker en de regiebehandelaar en er wordt steeds aangegeven wat de vervolgstappen worden. In het behandeladviesgesprek wordt de indicatiestelling doorgenomen, die in het MDO voorgesteld is. De regiebehandelaar heeft een expliciete rol en taak bij de intake en diagnostiek en zorgtoewijzing.

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):

De regiebehandelaar zorgt ervoor dat in samenspraak met de cliënt en met betrokken behandelaren een zorgplan wordt opgesteld en stelt deze vast. In het zorgplan wordt de verantwoordelijkheidsverdeling benoemd en aangegeven wie de regiebehandelaar en wie de

zorghouder is en wie de overige behandelaren zijn.

De regiebehandelaar:

- draagt er zorg voor dat het zorgplan wordt uitgevoerd en wanneer nodig wordt bijgesteld
- draagt er zorg voor dat de activiteiten van alle zorgverleners die bij de behandeling van de cliënt betrokken zijn – en dus ook zijn eigen verrichtingen en activiteiten – op elkaar zijn afgestemd. Wanneer meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd bij de behandeling van de cliënt zijn betrokken, spant de regiebehandelaar zich in voor een goede samenwerking en afstemming, met toestemming van de cliënt.

Het is van belang dat in de behandeling de juiste c.q. aangewezen deskundigheid wordt betrokken.

Client:

In begrijpelijk woorden wordt met de cliënt besproken hoe het behandeltraject (wat komt eerst en wat daarna) eruit kan gaan zien en dit wordt vastgelegd in het zorgplan.

Door samen te beslissen komen in dit zorgplan staan een aantal afspraken te staan:

- ☐ wat je met de behandeling wilt bereiken
- ☐ of de behandeling alleen gericht is op je gebruik of ook op relaties, school, werk of financiën
- ☐ hoe lang de behandeling duurt
- ☐ of het een poliklinische behandeling is (je komt op afspraken op een van onze locaties) of een klinische behandeling (opname in de kliniek)
- ☐ of we alleen jou behandelen, of ook de mensen om je heen erbij betrekken

MDO

In het MDO na de intake worden de resultaten van de intake besproken en wordt de in te zetten behandeling met elkaar besproken. VNN vindt het belangrijk dat hier multidisciplinair naar gekeken wordt. Verslaving is immers een stoornis die veel meer leefgebieden raakt en beïnvloed.

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

Op geleide van de zorgtoewijzing en vaststelling van het zorgplan door de regiebehandelaar biedt de behandelaar binnen zijn deskundigheidsgebied zelfstandig zorg. De behandelaar legt hierbij voor zijn aandeel in de zorg en voor de uitvoering van het zorgplan verantwoording af aan de regiebehandelaar, die de zorg coördineert, monitort en waar nodig bijstuurt. Voor deze coördinerende rol beschikt de regiebehandelaar over de volgende competenties:

- De regiebehandelaar beschikt over goede communicatievaardigheden inzake het contact met de individuele cliënt.
- De regiebehandelaar heeft kennis van het werk van aangrenzende specialismen en netwerken in de regio. Hij onderkent daarbij de grenzen van de professionele rollen en deskundigheid van zichzelf en andere zorgverleners.
- De regiebehandelaar beschikt over voldoende vaardigheden en kennis om afspraken te maken met de andere betrokken zorgverleners, zowel intern als extern.
- De regiebehandelaar beschikt over voldoende communicatieve vaardigheden om op een adequate manier de naasten te betrekken in de behandeling van de cliënt en past hierbij het samen beslissen toe.

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

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 behandelonderdelen wordt voor het MDO, alle informatie van de betrokken behandelaars in de evaluatie meegenomen. De verantwoordelijke hiervoor is de regiebehandelaar samen met de zorghouder, die ook zorgt voor input uit de MATE-outcome en de Mansa (ROM). Daarnaast wordt, tegelijkertijd met de MATE -outcome, de CQ-index ingevuld. 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 in het EPD.

16d. Binnen Verslavingszorg Noord Nederland reflecteert de coördinerend 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):

De reflectie vindt vooral plaats tijdens de evaluaties. Het gaat hierbij om de evaluatie op middelengebruik, comorbide problematiek en de leefgebieden (ook kind en gezin). 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. Bij langdurigere en vaak meer complexe behandelingen wordt in elk geval 2 keer per jaar de zorg geëvalueerd.

Belangrijke vragen hierbij zijn:

- Worden de doelen bereikt?
- Is er sprake van voldoende herstel ook op de andere leefgebieden?
- Doen we de goede dingen met elkaar in de behandeling?
- Is de goede behandelaar (nog) betrokken?
- Waar gaan we mee door en wat moeten we anders doen?

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 DT (directieteam) 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.

We maken inmiddels gebruik van de herzien versie van de CQi (versie 2021) en plaatsen de belangrijkste resultaten hiervan op onze website.

<https://www.vnn.nl/hulp/praktische-informatie/klachten/clienttevredenheid>

Deze CQi is ook gekoppeld aan het cliëntportaal, waardoor cliënten de vragenlijsten op een zelf gekozen moment zelf kunnen invullen. Op deze manier kan VNN op een meer continue manier cliëntervaringen meten.

De CQi wordt in elk geval aan het eind van de behandeling.

Daarnaast maak VNN nog gebruik van andere vormen van cliënttevredenheidsmetingen, zoals met Photovoice en spiegelgesprekken.

17. Afsluiting/nazorg

17a. De resultaten van de behandeling en begeleiding 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 vervolgbehandelaar.

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

Tijdens de behandeling kunnen cliënten gebruik maken van een signaleringsplan.

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. Belangrijk is dat de cliënt en zijn/haar omgeving stil staan bij 'wat werkt' en hoe dit in voorkomende situaties toe te passen. Uitgangspunt is het zelfregulerend vermogen van cliënten. Zij zijn degenen die, door ervaring wijs geworden, weten wat wel en niet werkt ter voorkoming van uitglijders en terugval. Deze horen (gemiddeld genomen) bij verslaving, en belangrijk is dat de duur en intensiteit zoveel mogelijk beperkt worden. Bij signaleren hoort reflecteren: denken, voelen en in interactie benoemen van alle zaken die in relatie tot uitglijder en/of terugval van belang zijn.

Ook is het signaleringsplan van belang voor de dienstdoende verslavingsarts om op terug te vallen bij consultatie aan GGZ-crisisdiensten en de SEH's ten tijde van een crisissituatie (conform Generieke Module Acute Psychiatrie).

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:

Dr. G. Niemijer

Plaats:

Groningen

Datum:

22 juni 2022

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.