

# Kwaliteitsstatuut GGZ-instelling

## I. Algemene informatie

### **1. Gegevens ggz-aanbieder**

Naam instelling:	Synaeda Psycho Medisch Centrum
Hoofd adres:	Fonteinland 9, 8913 CZ Leeuwarden
Contactgegevens:	<a href="mailto:info@synaeda.nl">info@synaeda.nl</a> en 058 - 82 000 333
Website:	<a href="http://www.synaeda.nl">www.synaeda.nl</a>
KvK:	01140346
AGB-code(s):	73730218
Naam instelling:	Centrum voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg Buitenpost (CAGGB)
Hoofd-postadres:	Kerkstraat 41, 9285 TA Buitenpost
Contactgegevens:	e-mail: <a href="mailto:info@caggb.nl">info@caggb.nl</a> en tel: 0511 - 540333
Website:	<a href="http://www.CAGGB.nl">www.CAGGB.nl</a>
KvK-nummer:	52388409
AGB-code(s):	73730217

### **2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt:**

Naam:	Dr. M.K. de Boer, eerste geneeskundige / psychiater
Emailadres:	<a href="mailto:m.de.boer@synaeda.nl">m.de.boer@synaeda.nl</a>
Telefoonnummer:	058 - 82 000 333

### **3. Onze locaties vindt u hier:**

[Contact | Synaeda](#)

[Contactinformatie | CAGGB](#)

## **4. Beschrijving aandachtsgebieden/zorgaanbod**

### **4.A Beschrijf in maximaal 10 zinnen de algemene visie/werkwijze van uw instelling en hoe uw patiëntenpopulatie eruit ziet.**

Synaeda en CAGGB zijn dochterondernemingen van GGZ Friesland, met locaties binnen Friesland, die ambulante geestelijke gezondheidszorg bieden voor volwassenen, en – vanuit CAGGB – ook voor kinderen en jongeren. CAGGB biedt systeembehandeling zonder leeftijdsschotten. Synaeda en CAGGB richten zich op planbare zorg, met een focus op behandeling (cure). Naasten van de patiënt worden zoveel mogelijk betrokken bij diagnostiek en behandeling.

Synaeda en CAGGB hebben een uitgebreid aanbod van individuele en groepsbehandelingen voor patiënten met onder andere stemmings- en angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en ontwikkelingsstoornissen. Wij ontwikkelen ons graag op het gebied van innovatieve behandelmethoden, zoals rTMS. Wat betreft e-health heeft Synaeda één geheel digitaal werkende polikliniek. Blended care (een combinatie van face-to-face en digitale behandeling) is mogelijk op alle andere locaties van Synaeda en CAGGB. Verder loopt er binnen Synaeda wetenschappelijk onderzoek, gericht op het verbeteren van de effectiviteit van behandelingen in te toekomst, waarvoor we ook enkele promovendi in dienst hebben.

We vinden een goede samenwerking essentieel voor de toekomst van de zorg, en streven naar behandeling van hulpvragen op het juiste niveau bij de juiste instantie (matched care). Op die manier willen wij eraan bijdragen dat de specialistische geestelijke gezondheidszorg toegankelijk blijft voor iedereen die dat nodig heeft.

### **4.B Patiënten/cliënten met de volgende hoofddiagnose(s) kunnen in mijn instelling terecht:**

- Aandachtstekort- en gedragsstoornissen
- Pervasive ontwikkelingsstoornissen
- Overige stoornissen kindertijd
- Psychotische stoornissen (indien planbare niet-outreachinge zorg toereikend is)
- Depressieve stoornissen
- Bipolaire en overige stoornissen
- Psychische stoornissen door somatische aandoening
- Angststoornissen
- Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen
- Slaapstoornissen
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Somatoforme stoornissen
- Restgroep diagnoses

### **4.C Biedt uw organisatie hoogspecialistische ggz (3e lijns ggz)?**

Synaeda en CAGGB bieden op dit moment geen hoogspecialistische ggz (3e lijns ggz), maar één van de locaties van Synaeda heeft de ambitie om dit in de toekomst wel te bieden. Hoogspecialistische ggz wordt ook geboden door moederorganisatie GGZ Friesland.

### **4.D Heeft u nog overige specialismen: (optioneel, meerdere antwoorden mogelijk)**

Binnen Synaeda loopt wetenschappelijk onderzoek, gericht op het voorspellen van

behandeluitkomsten en verbeteren van de effectiviteit van behandelingen in te toekomst. Deze brug tussen onderzoek en behandeling willen wij in de toekomst verder uitbreiden, bijvoorbeeld door uitkomsten van onderzoek te implementeren in de praktijk.

## **5. Beschrijving professioneel netwerk:**

Ons professionele netwerk bestaat uit een groot aantal zorgaanbieders, met wie structurele samenwerkingsafspraken bestaan. Wij werken samen met aanbieders van de generalistische basis-ggz, de praktijkondersteuners-ggz van huisartsen, huisartsen en de gebiedsteams van gemeenten. In het kader van jeugdhulp wordt ook samengewerkt met hoofd- en onderaannemers, waarbij deelbehandelingen regelmatig in onderaannemerschap worden uitgevoerd (in sommige gevallen is CAGGB onderaannemer, in andere gevallen hoofdaannemer). Ook in het kader van begeleid wonen, logeren en dagbesteding wordt structureel samengewerkt met andere (jeugd)zorgaanbieders. Daarnaast werken wij samen met afdelingen van GGZ Friesland die hoogspecialistische ggz, opname, intensieve deeltijdbehandeling en intensieve hometreatment (IHT) bieden.

Betreft de verwijzing meervoudige problematiek (naast psychiatrische problematiek is ook sprake van een complexe gezinssituatie, financiële problemen, criminaliteit, et cetera), dan wordt meestal verwezen naar het regioteam van GGZ Friesland of een ander team dat passende behandeling kan bieden. Betreft de verwijzing meervoudige problematiek bij patiënten tot 18 jaar dan wordt contact gezocht met andere betrokkenen, eventuele eerdere hulpverleners, en het jeugdteam van de gemeente waarin het kind woont. Uiteraard wordt ook de nulde en eerste lijn (school en GGD) betrokken.

Hulpvragen die niet bij Synaeda en CAGGB passen (contra-indicaties) worden in het professioneel netwerk (de structurele samenwerkingspartners) van de organisatie behandeld.

## **6. Aanbod in de categorieën van complexiteit van situatie:**

In het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ wordt onderscheid gemaakt in vier categorieën (A t/m D), die verschillen in de mate van complexiteit van de problematiek en complexiteit van het zorgaanbod. Hoewel dit een bepaalde richting geeft, bestaat de werkelijkheid uit een continuüm, waarbij het onderscheid niet altijd even duidelijk te maken is. Dat is ook de conclusie van de landelijke expertgroep die hier onderzoek naar gedaan heeft.

Daarom kiezen we er bij Synaeda en CAGGB voor om categorie A en B qua indeling van regiebehandelaren samen te voegen en categorie C en D ook samen te voegen. Dit sluit goed aan bij de huidige werkwijze om bij crisis of anderszins een hoge mate van complexiteit een klinisch psycholoog of psychiater te betrekken.

**Categorie A – laagcomplex problematiek, laagcomplex zorgaanbod, en**

**Categorie B – hoogcomplex problematiek, laagcomplex zorgaanbod**

*Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als indicerend regiebehandelaar optreden:*

GZ-psycholoog, verpleegkundig specialist, psychotherapeut, klinisch psycholoog, psychiater.

*Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als coördinerend regiebehandelaar optreden:* Sociaal psychiatrisch verpleegkundige, GZ-psycholoog, verpleegkundig specialist, psychotherapeut, klinisch psycholoog, psychiater.

### **Categorie C – hoogcomplexere problematiek, hoogcomplex zorgaanbod, en**

### **Categorie D - crisis**

*Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als indicerend regiebehandelaar optreden:* Klinisch psycholoog, psychiater.

*Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als coördinerend regiebehandelaar optreden:* GZ-psycholoog, verpleegkundig specialist, psychotherapeut, klinisch psycholoog, psychiater.

In deze situatie zal de zorg vaak worden opgeschaald middels verwijzing naar GGZ Friesland (of soms Lentis).

## **7. Structurele samenwerkingspartners**

Synaeda en CAGGB werken ten behoeve van de behandeling van patiënten samen met moederorganisatie GGZ Friesland ([www.ggzfriesland.nl](http://www.ggzfriesland.nl)).

Daarnaast participeert CAGGB in diverse samenwerkingsverbanden rondom kinderen en jongeren met psychiatrische problematiek in de provincies Friesland en Groningen en wordt er intensief samengewerkt met ketenpartners in het kader van opschalen (complexiteit van de situatie categorieën C en D) en afschalen van behandeling.

### **Ook bij onderstaande contra-indicaties wordt intensief samengewerkt met ketenpartners:**

- Ernstige verslavingsproblematiek.  
Patiënten bij wie verslavingsproblematiek op de voorgrond staat, worden doorverwezen naar Verslavingszorg Noord-Nederland: [www.vnn.nl](http://www.vnn.nl).
- Ernstige psychiatrische, acute, crisisachtige problematiek (complexiteit categorie C en D).  
Patiënten verwezen met crisisachtige problematiek bij wie een consult binnen 24 uur, een klinische opname of een intensieve dag- of deeltijdbehandeling noodzakelijk is, kunnen wij alleen in samenwerking met andere aanbieders helpen. Patiënten worden doorverwezen naar de crisisdienst van GGZ Friesland: [www.ggzfriesland.nl/verwijzers/spoed](http://www.ggzfriesland.nl/verwijzers/spoed) of Lentis: [www.lentis.nl/verwijzers/crisis](http://www.lentis.nl/verwijzers/crisis). Deze crisisdiensten bepalen hoe de samenwerking verder verloopt. Kinderen en jongeren worden bij niet ambulante te behandelen crisisachtige problematiek tijdens kantoortijd doorverwezen naar KINNIK (Friesland): [www.kinnik.nl](http://www.kinnik.nl) of Lentis (Groningen): [www.lentis.nl/organisatie/jonx](http://www.lentis.nl/organisatie/jonx), en buiten kantoortijd naar Spoed voor jeugd Friesland: [www.spoed4jeugd.nl](http://www.spoed4jeugd.nl) of Spoed voor jeugd Groningen: [www.spoedvoorjeugdgroningen.nl](http://www.spoedvoorjeugdgroningen.nl). Voor behandeling van complexe gezinsproblematiek waarin geweld en/of kindermishandeling speelt, wordt verwezen naar Veilig Thuis: [www.veiligthuisfriesland.nl](http://www.veiligthuisfriesland.nl) of Fier Fryslân: [www.fier.nl](http://www.fier.nl).
- Verstandelijke beperking (IQ < 80).  
Wij hebben niet de expertise in huis om deze doelgroep adequaat van dienst te zijn.

Hulpvragers worden via de verwijzer doorverwezen naar Reik: [www.reik.nl](http://www.reik.nl), of Accare K&J: [www.accare.nl/hulp-bij/psychische-problemen-en-een-licht-verstandelijke-beperking](http://www.accare.nl/hulp-bij/psychische-problemen-en-een-licht-verstandelijke-beperking). Vaak wordt met deze aanbieders samengewerkt en wordt desgewenst de ambulante medisch specialistische behandeling (met name medicamenteuze behandeling) door de psychiaters en/of verpleegkundig specialisten geboden.

- Langdurige meervoudige hulpbehoefte in de thuissituatie (voor jeugdigen). Indien er niet langer sprake is van een behandelvraag wordt doorverwezen naar de jeugdteams van de gemeenten of een in begeleiding gespecialiseerde ggz-instelling, bijvoorbeeld Jeugdhulp Friesland: [www.jeugdhulpfriesland.nl](http://www.jeugdhulpfriesland.nl). Als er een indicatie is voor behandeling, begeleiding, verpleging, verzorging en bescherming in de specialistische ggz, wordt verwezen naar een programma van Jeugdhulp Friesland waarbinnen aanvullende diagnostiek plaatsvindt.

CAGGB werkt samen met de Friese gemeenten, gecertificeerde instellingen en de Raad voor de Kinderbescherming, hanteert in deze samenwerkingsrelatie de Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling en past de Friese visie Geweld in Afhankelijkheidsrelaties toe in de uitvoering. Samen met deze partners wordt gezocht naar manieren om de samenwerking bij ernstige ontregeling en (daardoor) de kwaliteit van de jeugdhulp te optimaliseren.

## **8. Lerend netwerk**

Iedere indicierend of coördinerend regiebehandelaar reflecteert minimaal twee keer per jaar op zijn professioneel functioneren in een lerend netwerk. Dit lerende netwerk bestaat uit sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, GZ-psychologen, verpleegkundig specialisten, psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters. In deze bijeenkomsten komen casuïstiek, complicaties, benchmarks en inhoudelijke thema's aan de orde. Er zijn bovendien consultatiemogelijkheden op casusniveau binnen het lerende netwerk. Dit is van belang aangezien regiebehandelaren regelmatig de rol van zowel indicierend als coördinerend regiebehandelaar vervullen.

## **II. Organisatie van de zorg**

### **9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen**

Synaeda en CAGGB zien er op toe dat zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn, volgens kwaliteitsstandaarden, zorgstandaarden en richtlijnen handelen en hun deskundigheid op peil houden. De wijze waarop dit wordt uitgevoerd en geborgd staat beschreven in het organisatiehandboek, het professioneel statuut en het formularium van Synaeda en CAGGB. Zorginhoudelijk wordt gewerkt met de ggz-richtlijnen: [www.ggzstandaarden.nl](http://www.ggzstandaarden.nl).

Uiteraard committeren Synaeda en CAGGB zich aan de principes van de Governance code en wordt uitvoering gegeven aan algemene wet- en regelgeving zoals bijvoorbeeld Arbowetgeving.

## **Bevoegd, deskundig en bekwaam**

Bij Synaeda staan bevoegdheden beschreven in het professioneel statuut en in de functieomschrijvingen. Behandelaren bij CAGGB werken met een formularium. Het CAGGB-formulair is een beschrijving van wie voor welke module van diagnostiek en behandeling bevoegd, deskundig en bekwaam is. Voor het inzetten van disciplines geldt altijd dat wat bij de laagst opgeleide kan, daar dient te worden ingepland, om zodoende complexe zaken bij de hoogst/breedst opgeleide mensen te kunnen plannen.

De medewerkers zijn op de hoogte van de behandelvisie van Synaeda en CAGGB zodat richting kan worden gegeven aan het professioneel handelen en deze visie de basis vormt voor beslissingen in het primaire proces. Er is sprake van verschillende verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Deze zijn bij indiensttreding en/of bij tussentijdse wijziging schriftelijk vastgelegd en besproken.

## **Kwaliteitsstandaarden**

Synaeda en CAGGB bevorderen het professioneel handelen door het toepassen van procedures, protocollen en richtlijnen op kritische punten in de primaire processen. Alle gehanteerde richtlijnen, protocollen en professionele standaarden voldoen aan de richtlijnen van de desbetreffende beroepsorganisaties. Daar waar beroepsorganisaties nog geen richtlijnen hebben ontwikkeld c.q. vastgesteld, handelen Synaeda en CAGGB evidence based of conform best practice. Medewerkers hebben kennis van en handelen naar de voor hun beroepsgroep geldende gedragscodes. De beroepsorganisaties publiceren deze codes op hun websites.

Wij vinden het belangrijk dat er volgens geldende richtlijnen wordt gewerkt. Voor verschillende onderdelen van het werk (dossievorming, diagnostiek, behandeling, rapportage et cetera) bestaan verschillende richtlijnen. Richtlijnen zijn bedoeld om richting te geven, maar zijn niet zo vrijblijvend dat hier zonder meer van kan worden afgeweken. Als medewerkers van de richtlijnen afwijken dient dit, met redenen omkleed, te worden gerapporteerd in het EPD van de patiënt. Het is dan ook van groot belang dat alle medewerkers kennis hebben van de op hen van toepassing zijnde richtlijnen. Deze worden in ieder geval jaarlijks (in de voorbereiding op de HKZ-audit) onder de aandacht gebracht.

In het kader van de Specialistische Jeugdhulp voldoet CAGGB aan het JJJ-toetsingskader van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en het Kinderrechtenverdrag.

Daarnaast zijn alle medewerkers op de hoogte van de voor hun vakgebied geldende wet- en regelgeving. Zo zijn er afspraken met financiers of op het gebied van RI&E die jaarlijks veranderen en zijn bijvoorbeeld de geneesmiddelenwet, de opiumwet en de Wvvgz van toepassing op hun werk. Voor Synaeda en CAGGB betekent bovenstaande dat de medewerkers te maken krijgen met regelmatig wijzigende regels, afspraken, wetgeving en richtlijnen. Het internet en intranet is de meest aangewezen plek om actuele informatie te vergaren.

## **Deskundigheidsbevordering**

Bij Synaeda en CAGGB coacht de teamleider resp. het management de medewerkers en houdt gesprekken inzake het Persoonlijk OntwikkelingsPlan (POP) van alle medewerkers (de gesprekken met de hulpverleners geschieden binnen CAGGB samen met het medisch hoofd), waarbij de doelen en opleidingsbehoeften van de organisatie en de medewerker op elkaar worden afgestemd. Synaeda en CAGGB vinden het van groot belang dat medewerkers zich blijven ontwikkelen. Elke medewerker beschikt over een opleidingsbudget voor (bij)scholing. Synaeda en CAGGB beschikken verder

over een bibliotheek, waarvan de medewerkers gebruik kunnen maken en medewerkers worden gestimuleerd zich te abonneren op vakbladen. Verder bestaat er los van de individuele budgetten ook het zogenaamde teambudget dat hieraan besteed kan worden.

Naast klinische lessen en korte cursussen (bijvoorbeeld EMDR of CGT) bieden Synaeda en CAGGB opleidingen tot specialist voor (gz-)psychologen en verpleegkundigen. In onderlinge samenwerking en met GGZ Friesland worden jaarlijks specialisten opgeleid (8 PIOG's per jaar, dus in totaal 16; 2 GIOS'en per jaar; 2-3 VIOS'en per jaar) en worden stageplaatsen geboden aan psychiaters en huisartsen in opleiding.

## **10. Samenwerking**

Samenwerking binnen Synaeda en CAGGB is vastgelegd en geborgd in het organisatiehandboek.

### **Multidisciplinair overleg**

Binnen Synaeda en CAGGB is het multidisciplinair overleg (MDO) en de informatie-uitwisseling en -overdracht tussen de (indicerend en coördinerend) regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren transparant geregeld. Er is sprake van korte lijnen tussen medewerkers. MDO met niet-direct betrokken behandelaren worden tot een minimum beperkt. Elk MDO dat niet plaatsvindt in het bijzijn van de patiënt (en/of diens naasten) wordt alsnog met hen besproken en er vindt verslaglegging plaats in het EPD.

### **Op- en afschalen van de zorg**

Synaeda en CAGGB bieden zorg op maat en 'gepast gebruik'; de juiste inzet van hulp bij aanvang van een behandeling (matched care) door de inzet van triage bij aanmelding (bij CAGGB door zorgcoördinatoren) en door op het juiste moment op- en afschalen van de behandeling tijdens een reeds lopend traject. Zo kan onder- en overbehandeling worden tegengegaan.

Omdat Synaeda en CAGGB ambulante specialistische ggz-instellingen zijn, is ketenzorg vereist in het kader van opschalen (dag- en deeltijdbehandeling, opname en/of thuisbehandeling). Indien tijdelijk IHT of deeltijdbehandeling moet worden ingezet, wordt ernaar gestreefd de zorg zo efficiënt mogelijk in te zetten en indien nodig ook bij de eigen behandelaar van Synaeda en CAGGB te continueren. Synaeda en CAGGB zijn een belangrijke schakel in het stroomlijnen van de hulpverlening binnen de regio; het vinden van en het bemiddelen in het juiste zorgaanbod in de diverse fasen van de behandeling.

Regiebehandelaren zijn verantwoordelijk voor aanpassingen in het behandelplan; zo ook voor veranderingen in het kader van op- en afschalen van de zorgverlening naar een volgend of voorliggend echelon. Bij opschalen wordt altijd de indicierend regiebehandelaar geconsulteerd. Indien er sprake is van crisis, bijvoorbeeld bij ernstige of zeer ernstige suïcidaliteit, dan wordt een klinisch psycholoog of psychiater geconsulteerd. Indien er daadwerkelijk sprake is van een crisissituatie (categorie D), dan vindt medebeoordeling plaats door de klinisch psycholoog of psychiater. Indien er nog geen klinisch psycholoog of psychiater betrokken was als indicierend regiebehandelaar, dan wordt deze na het beoordelen van de patiënt de indicierend regiebehandelaar.

## **Escalatieprocedure**

Indien er sprake is van een verschil van mening of inzicht tussen behandelaren over de te volgen behandeling van een patiënt, moet de behandelaar een beroep doen op de escalatieprocedure. Bij Synaeda wordt in het kader van de escalatieprocedure in eerste instantie de indicierend regiebehandelaar gevraagd een overleg te organiseren tussen de van mening verschillende behandelaren. Indien de indicierend regiebehandelaar geen klinisch psycholoog of psychiater is, wordt een klinisch psycholoog of psychiater uit het team betrokken bij het overleg. Mocht er dan nog een verschil van mening blijven bestaan dan neemt uiteindelijk de eerste geneeskundige een besluit. Van elke stap in dit proces wordt verslag gedaan in het dossier.

Bij CAGGB wordt in alle gevallen direct opgeschaald en vindt consultatie van het medisch hoofd plaats. Afhankelijk van zijn bevindingen zal hij de diagnostiek en behandeling overnemen, de behandeling overdragen aan een collega of een second opinion (extern) aanvragen.

## **11. Dossiervoering en omgang met patiëntgegevens**

Regels rondom dossiervoering zijn uitgebreid beschreven in het organisatiehandboek van Synaeda en CAGGB.

### **Toestemming**

De behandelaren van Synaeda en CAGGB vragen altijd om toestemming van de patiënt bij het delen van gegevens met niet bij de behandeling betrokken professionals (professionals buiten de functionele eenheid), tenzij sprake is van een uitzondering zoals geformuleerd in de KNMG Richtlijn Omgaan met Medische Gegevens.

### **Doorbreken beroepsgeheim**

In situaties waarin het beroepsgeheim mogelijk doorbroken wordt, gebruiken behandelaren de daartoe geldende richtlijnen van de beroepsgroep, waaronder de KNMG Richtlijn Omgaan met Medische Gegevens, de meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (bij conflict van plichten, vermoeden van kindermishandeling of huiselijk geweld), het stappenplan materiële controle en wordt het controleplan bij de zorgverzekeraar gevolgd (bij materiële controle).

### **Privacyverklaring**

Behandelaren gebruiken de privacyverklaring als de patiënt zijn diagnose en/of zorgvraagtypering niet kenbaar wil maken aan zijn zorgverzekeraar/DIS of het gebiedsteam van de gemeente.

## **12. Klachten en geschillen regeling**

De klachtenregeling van Synaeda is gepubliceerd op:

[Privacy, kwaliteit en klachtenprocedure | Synaeda.](#)

Onafhankelijke klachtencommissie voor advies of ondersteuning rondom een klacht:

[info@zorgbelang-drenthe.nl](mailto:info@zorgbelang-drenthe.nl).

Patiënten kunnen met geschillen over de behandeling terecht bij:

[De Geschillencommissie - De Geschillencommissie.](#)



De klachtenregeling van CAGGB is gepubliceerd op:

[Procedure geschillen en klachten | CAGGB.](#)

Onafhankelijke klachtencommissie voor advies of ondersteuning rondom een klacht:

[klachtencommissie@ggzfriesland.nl](mailto:klachtencommissie@ggzfriesland.nl).

Het formulier voor het melden van een klacht is te vinden op de website:

[www.caggb.nl/uploads/bestanden/formulier-voor-het-melden-van-een-klacht.pdf](http://www.caggb.nl/uploads/bestanden/formulier-voor-het-melden-van-een-klacht.pdf).

Patiënten kunnen met geschillen over de behandeling terecht bij:

[De Geschillencommissie - De Geschillencommissie.](#)

### III. Het zorgproces – het traject dat de patiënt in deze instelling doorloopt

#### **13. Wachtijd voor intake/probleemanalyse en behandeling en begeleiding**

Patiënten vinden informatie over wachttijden voor intake (aanmeldwachtijd) en behandeling (behandelwachtijd) via [Wachttijden | Synaeda](#) en [De actuele wachttijden bij CAGGB | CAGGB](#) en kunnen deze telefonisch opvragen.

#### **14. Aanmelding en intake/probleemanalyse**

##### **Synaeda**

Patiënten worden door de verwijzer aangemeld via Zorgdomein of via de website. Het secretariaat doet de eerste screening, waar nodig aangevuld door een screening door de teamleider. Indien er sprake is van een reguliere verwijzing, wordt de patiënt uitgenodigd voor intake. Indien er sprake is van een verzoek om urgentie, vindt telefonisch overleg plaats met de verwijzer om te beoordelen of de patiënt met voorrang (binnen 1-2 weken) wordt uitgenodigd voor intake. Indien de intake op zeer korte termijn (binnen enkele dagen) nodig is, dan is over het algemeen een verwijzing naar onze ketenpartners (bijvoorbeeld IHT van GGZ Friesland) meer op zijn plaats.

Voor intake ontvangen patiënten informatie over de werkwijze binnen Synaeda en over de kosten van diagnostiek en behandeling. Voor alle vormen van verzekerde zorg (Zorgverzekeringswet) geldt dat men een verplicht eigen risico betaalt, waarvan de hoogte jaarlijks door de overheid wordt bepaald.

Bij aanmelding wordt de patiënt nadrukkelijk gewezen op het gebruik van het patiëntenportaal (de GGZ Portal). De patiënt ontvangt per e-mail rechtstreeks uit het EPD de inloggegevens voor een account. Indien de patiënt hulp nodig heeft bij het werken met het patiëntenportaal, dan is het secretariaat bereikbaar.

##### **CAGGB**

Het eerste contact met de hulpvrager verloopt in de meeste gevallen telefonisch, na verwijzing van een (huis)arts, vanuit een collega-instelling of het jeugdteam van de gemeente. Indien er geen sprake

is van een verwijzing, wordt de hulpvrager geadviseerd eerst in gesprek te gaan met de (huis)arts of de coördinator van het jeugdteam.

De verwijsbrief wordt de dag van binnenkomst gescreend door de zorgcoördinator op urgentie. Als er sprake is van een urgente situatie vindt nog dezelfde dag contact plaats tussen de zorgcoördinator en de verwijzer en/of de patiënt.

Patiënten kunnen zich aanmelden via de website van CAGGB, nadat zij zijn verwezen. De hulpvrager wordt via de website en middels een brief na verwijzing gewezen op de wachttijden. Als deze onoverkomelijk zijn, dan is wachtlijstbemiddeling mogelijk via de verzekeraar of de gemeente. De patiënt wordt hierop geattendeerd.

Na een reguliere verwijzing en aanmelding volgt een telefonische intake. Tijdens deze zogenaamde tele-intake onderzoekt de zorgcoördinator of er sprake is van een hulpvraag die de medewerkers van CAGGB kunnen beantwoorden, of deze vraag in de ambulante medisch specialistische ggz dient te worden beantwoord (echelondifferentiatie), in welke setting de diagnostiek zal plaatsvinden en welke behandelaar hierop het beste kan worden ingezet (probleemanalyse). De tijd tussen verwijzing en tele-intake is de aanmeldwachttijd.

Als de zorgcoördinator na de tele-intake van oordeel is dat de verwijzing naar CAGGB passend is, dan wordt een afspraak op de praktijk gepland voor een vervolg-intake bij de indicierend regiebehandelaar of een behandelaar die de intake uitvoert onder supervisie van de indicierend regiebehandelaar.

Bij het eerste contact wordt informatie verstrekt over de kosten van diagnostiek en behandeling. De bekostiging van de ggz is namelijk verschillend voor kinderen/jongeren en volwassenen en aan veel wijzigingen onderhevig. Voor alle vormen van verzekerde zorg (Zorgverzekeringswet) geldt dat men een verplicht eigen risico betaalt, waarvan de hoogte jaarlijks door de overheid wordt bepaald.

Bij aanmelding wordt de patiënt nadrukkelijk gewezen op het gebruik van het patiëntenportaal (de GGZ Portal). De patiënt ontvangt per e-mail rechtstreeks uit het EPD de inloggegevens voor een account. Als een hulpvrager niet beschikt over een computer met internetverbinding, dan wordt aangeboden dat de zorgcoördinator de gegevens telefonisch doorneemt en met toestemming van de hulpvrager namens hem/haar invult in het aanmeldformulier op de website. Patiënten kunnen rapporten, verslagen en communicatie downloaden en delen met andere behandelaren of andere betrokkenen, zodat tijdsverlies door 'machtigen voor informatieverstrekking' wordt voorkomen.

Als er sprake is van een lage zorgvraagzwaarte-indicator (een milde stoornis en afwezigheid van nevendiaagnosen en psychosociale factoren) en uit de beoordeling van het functioneren (GAF) komt een lage score, óf er is sprake van een contra-indicatie, dan bespreekt de zorgcoördinator met de hulpvrager alternatieve mogelijkheden en stemt dit af met de verwijzer. De zorgcoördinator zorgt dan voor een gerichte door- of terugverwijzing. Indien CAGGB geen passend aanbod heeft op de zorgvraag van de patiënt, wordt de patiënt doorverwezen naar een andere zorgaanbieder met een passend aanbod of terugverwezen naar de verwijzer - indien mogelijk met een passend advies.

## **15. Indicatiestelling**

### **Intakeprocedure Synaeda**

De intakeprocedure bestaat uit twee intakegesprekken met een tussenliggende periode van een week. Het eerste intakegesprek vindt plaats met de intaker, het tweede intakegesprek met de

intaker en indicierend regiebehandelaar. De intaker is de coördinerend regiebehandelaar indien deze daarvoor in die situatie een passende functie heeft. In andere gevallen is de indicierend regiebehandelaar tevens de coördinerend regiebehandelaar.

### **Intakeprocedure CAGGB**

De intakeprocedure van volwassen patiënten bestaat uit een telefonische intake met de zorgcoördinator, die na twee weken wordt opgevolgd door twee intakegesprekken op de praktijk (met een tussenliggende periode van een week). De intakeprocedure van kinderen en jongeren bestaat vaak uit meer gesprekken.

Het eerste intakegesprek op de praktijk vindt plaats met de intaker, het tweede intakegesprek op de praktijk met de intaker en – indien de intaker voor de desbetreffende situatie niet een passende functie heeft voor de rol van indicierend regiebehandelaar – met een indicierend regiebehandelaar. Het komt ook voor dat de psychiater of een andere specialist op consultbasis bij de intake en/of het adviesgesprek wordt betrokken. Indien de situatie dit vraagt, wordt de psychiater ingezet als indicierend regiebehandelaar.

De intaker is de coördinerend regiebehandelaar indien deze daarvoor in die situatie een passende functie heeft. In andere gevallen is de indicierend regiebehandelaar tevens de coördinerend regiebehandelaar.

### **Uitgangspunten voor indiceren**

Het uitgangspunt voor passende behandeling is een herstelgerichte insteek, vanuit een integrale medische en psychosociale benadering. Kwaliteit van leven, sociaal functioneren en regie van de patiënt over zijn behandeling zijn daarbij belangrijk, net als een brede focus op medisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel.

Een tweede uitgangspunt is een persoonsgerichte benadering. Het aanbod sluit aan op de persoonlijke behoeftes en vragen van de patiënt. Het vaststellen van het best passende zorgaanbod is gebaseerd op actuele wetenschappelijke kennis (evidence based), de expertise van de zorgverlener (expert based) en de ervaring van de patiënt (experience based). Daarnaast wordt kennis over doelmatigheid van zorg meegewogen. De patiënt en de indicierend regiebehandelaar bereiken gezamenlijk overeenstemming over de uiteindelijke keuze.

Een derde uitgangspunt is dat iedere indicierend regiebehandelaar de mogelijkheid heeft om met instemming van de patiënt advies te vragen aan andere behandelaren.

### **Diagnostisch proces**

De indicierend regiebehandelaar of de behandelaar die de intake uitvoert onder supervisie van de indicierend regiebehandelaar verzamelt systematisch gegevens door middel van anamnese (vraaggesprek), eventueel heteroanamnese (gesprek met naasten) en zo nodig aanvullend onderzoek (psychiatrisch, psychologisch of milieuonderzoek). Naast de reden van verwijzing met vraagstelling van de verwijzer wordt de hulpvraag van de patiënt centraal gesteld bij de diagnostiek en de formulering van het behandelplan.

### **Taken indicierend regiebehandelaar bij de probleemanalyse**

- Het samen met de patiënt en eventuele medebehandelaren (waar nodig ook de verwijzer) in kaart brengen van de problematiek.

- Het samen met de patiënt en eventuele medebehandelaren vaststellen van de behoeftes en het doel van de behandeling.
- Het zorgdragen voor een met de patiënt gedeelde conclusie, die het vertrekpunt is voor de diagnose en passende behandeling.

### **Risicoanalyse**

Risicoanalyse is een wezenlijk deel van indiceren. Voor iedere patiënt worden in de diagnostiekfase de risico's van de uitvoering van de zorg- of dienstverlening en het risico op een onveilige situatie (incident) bepaald en vastgesteld. De behandelaar legt voor iedere individuele patiënt in het sessieverslag van het intakegesprek vast of er risico's te verwachten zijn op het ontstaan van een onveilige situatie en of er na risicoanalyse een crisisplan is opgesteld.

Op indicatie, dus niet standaard bij elke patiënt, maar bij mensen bij wie een redelijke kans op een onveilige situatie bestaat, wordt een uitgebreide risicoanalyse gedaan. De uitgebreide risicoanalyse betreffende suïcide, psychose, verslaving, huiselijk geweld, kindermishandeling, agressie, automutilatie, verwaarlozing en of een jeugdige seksueel grensoverschrijdend gedrag zal meemaken wordt uitgevoerd aan de hand van de 'Risico-checklist'. De checklist is bij CAGGB onderdeel van het behandelplan en wordt in het EPD opgeslagen. Bij Synaeda zijn potentiële risicofactoren opgenomen in het format van het intakeverslag. Indien er risico's bestaan, wordt door de behandelaar in samenspraak met de patiënt en eventueel het patiëntstelsel en/of andere betrokken behandelaren een 'Signaleringsplan' opgesteld.

### **Taken indicierend regiebehandelaar bij het vaststellen van het best passende zorgaanbod**

- De afweging maken of de zorgvraag van de patiënt/cliënt en de complexiteit van de situatie aansluiten bij het beschikbare zorgaanbod. Als bij de betreffende zorgaanbieder geen passend aanbod is, verwijst de indicierend regiebehandelaar terug naar de huisarts of adviseert hij een andere zorgaanbieder met een beter passend zorgaanbod (bijvoorbeeld een andere specifieke deskundigheid).
- Het vaststellen van de diagnose.
- In dialoog met de patiënt bespreken, vaststellen en organiseren van interventies en activiteiten.
- Het in samenspraak met de patiënt, eventuele medebehandelaren en geconsulteerde collega's opstellen en vaststellen van de richting en de contouren van het behandelplan.

Het behandelplan bevat in ieder geval:

- De doelen van de behandeling en begeleiding voor een bepaalde periode, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de patiënt.
- De wijze waarop de behandelaren en de patiënt de gestelde doelen trachten te bereiken, wat haalbaar is in de betreffende situatie én wat bijdraagt aan de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren van de patiënt.
- Wie de interventie(s) gaat uitvoeren en wie verantwoordelijk is voor de verschillende onderdelen van de behandeling.
- Afspraken over hoe te handelen bij een crisis. (Op welke manier voor waarneming tijdens afwezigheid van de indicierend en coördinerend regiebehandelaar wordt zorggedragen, staat beschreven in de procedure crisiscontacten.)
- Wie de rol van coördinerend regiebehandelaar vervult.
- Na hoeveel tijd er op de behandeling wordt gereflecteerd/geëvalueerd en wanneer de

behandeling waar nodig moet worden bijgesteld.

- De patiënt geeft toestemming voor het behandelplan en dit blijft gedurende de behandeling ter beschikking van de patiënt. De patiënt heeft te allen tijde, zowel tijdens als na de behandeling recht op inzage, verstrekking van een kopie en vernietiging van het behandelplan.
- Mocht de patiënt niet direct na diagnostiek in behandeling kunnen worden genomen, dan zijn de indicierend regiebehandelaar ende behandelaar die de intake uitvoert onder supervisie van de indicierend regiebehandelaar verantwoordelijk voor de zorg van de patiënt in de tussenliggende periode. De indicierend regiebehandelaar gaat hierbij na welke tussentijdse zorg nodig is.
- Schriftelijk terugkoppelen aan de verwijzer als het behandelplan is vastgesteld. Hiervoor moet expliciete toestemming worden gegeven door de patiënt.
- Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling en begeleiding heeft de indicierend regiebehandelaar de doorslaggevende stem. Dit gebeurt altijd in samenspraak en met instemming met de patiënt, tenzij dit niet mogelijk is op basis van de vigerende wet- en regelgeving.

## **16. Behandeling**

Na het vaststellen van het behandelplan volgt het uitvoeren van de daadwerkelijke behandeling. Afhankelijk van de problematiek zijn vaak meerdere zorgverleners (medebehandelaren) betrokken, die allemaal hun eigen verantwoordelijkheid hebben voor het deel van de zorg dat zij verrichten. In de interne documenten 'crisismanagement' (CAGGB) en 'procedure crisiscontacten' (Synaeda) is beschreven hoe kan worden opgeschaald in geval van crisis.

### **Taken medebehandelaren in de ggz**

- Binnen het kader van het behandelplan zelfstandig uitvoering geven aan delen van het behandelplan.
- Verantwoordelijk voor het eigen handelen op het betreffende deel van het behandelplan.
- De indicierend of coördinerend regiebehandelaar regelmatig en op tijd voorzien van relevante informatie, zodat deze zijn verantwoordelijkheden kan waarmaken.
- Het opvolgen van aanwijzingen van de indicierend of coördinerend regiebehandelaar voor zover deze verenigbaar zijn met zijn eigen deskundige oordeel en het expliciet melden bij de indicierend of coördinerend regiebehandelaar als hij geen gevolg geeft aan diens aanwijzingen.
- Het afsluiten van zijn deel van de behandeling en begeleiding, en hiervan een aantekening maken in het dossier, en de coördinerend regiebehandelaar in kennis stellen van de inhoud en resultaten daarvan.
- De (indicierend en coördinerend) regiebehandelaar werkt samen met (mede)behandelaren. Een van hen kan als regelbehandelaar worden aangesteld die de coördinerend regiebehandelaar ondersteunt in de praktijk van het coördineren en ook als extra aanspreekpunt kan gelden voor de patiënt, de naastbetrokken en overige betrokken ketenpartners. De regelbehandelaar komt enkel aan de orde als de coördinerend regiebehandelaar een psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, verpleegkundig specialist of GZ-psycholoog is. Alle behandelaren kunnen regelbehandelaar zijn. Hierbij weet de regelbehandelaar wanneer de regiebehandelaar in te schakelen.

Een centraal aanspreekpunt voor de patiënt en diens naasten is cruciaal, evenals onderlinge afstemming tussen zorgverleners. Coördinatie van de activiteiten rond de behandeling en reflectie hierop worden geïnitieerd door de coördinerend regiebehandelaar. Wanneer een medebehandelaar een behandeling met de patiënt heeft geëvalueerd en van daaruit een voorstel voor vervolgbehandeling doet, wordt dat geaccordeerd door de coördinerend regiebehandelaar (die in die situaties indicierend regiebehandelaar is).

### **Taken coördinerend regiebehandelaar als aanspreekpunt**

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

Bij meerdere behandelingen (bijvoorbeeld bij systeemproblematiek) zijn de behandelplannen op elkaar afgestemd. Indien betrokkenheid van de omgeving van de patiënt bij het opstellen van het behandelplan gewenst is, kunnen hiertoe afgewogen doelen worden opgesteld.

De vorm en duur van de behandeling hangt sterk af van de klachten, de ernst hiervan en de hulpvraag. Soms zijn enkele individuele of systeemcontacten voldoende, maar het is ook mogelijk dat een langdurig of intensiever traject nodig is.

Een verbijzondering van het behandelplan is het medicamenteuze behandelplan. De specialist en de patiënt komen samen overeen welke medicatie wordt voorgeschreven, in welke dosering (conform richtlijnen en protocollen, eventueel rekening houdend met onderzoek en laboratoriumgegevens) en hoe vaak de specialist de patiënt zal zien. Allen stemmen in met het rapport van bevindingen / behandelplan, dat de basis is van de samenwerking en wordt opgeslagen in het EPD.

De voortgang van de behandeling wordt binnen Synaeda en CAGGB gemonitord middels voortgangsbesprekingen resp. evaluatiegesprekken (evaluatie van het behandelplan, vragenlijsten en ROM). Voor iedere patiënt wordt na inschrijving een ROM-vragenlijst klaargezet. ROM is de methodiek waarbij regelmatig metingen worden gedaan van de toestand van de patiënt met het oog op evaluatie en (eventueel) bijsturing van de behandeling.

ROM-meting gebeurt met wetenschappelijk gevalideerde meetinstrumenten. Dit zijn vragenlijsten aangevuld met rapportages.

Zowel patiënten als behandelaren vullen de meetinstrumenten in (dit zijn respectievelijk zelfrapportage- en beoordelingsmeetinstrumenten) en krijgen via terugkoppeling inzicht in het klachtenbeeld en het effect van de behandeling. Met dit systematisch meten, kan de behandelaar samen met de patiënt regelmatig de behandeling evalueren, bijsturen en waar mogelijk verbeteren.

Bij beëindiging van de behandeling wordt rechtstreek vanuit het EPD (via Embloom) een patiënttevredenheidsonderzoek klaargezet. Het doel van dit onderzoek is het inzichtelijk krijgen van ervaringen en wensen van patiënten om de hulp- en zorgverlening te optimaliseren.

### **Taken coördinerend regiebehandelaar bij de coördinatie van de behandeling**

- Toezien op de uitvoering van het opgestelde behandelplan.
- Waar nodig op meer gedetailleerd niveau uitwerken van het behandelplan.

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

### **Taken coördinerend regiebehandelaar bij de reflectie/evaluatie**

- Zorgdragen voor de in het behandelplan vastgestelde reflectie-/evaluatiemomenten en het hierbij (waar nodig) betrekken van de indicierend regiebehandelaar.
- Monitoren en organiseren van extra reflectie-/evaluatiemomenten (bijvoorbeeld bij ingrijpende veranderingen of complicaties).
- In afstemming met de patiënt en (waar nodig) de indicierend regiebehandelaar, het bijstellen, overdragen of beëindigen van de behandeling en aanpassen van het behandelplan, als blijkt dat de behandeling niet meer passend is.
- Schriftelijk terugkoppelen aan de verwijzer als de behandeling is beëindigd. Hiervoor moet expliciete toestemming worden gegeven door de patiënt.

### **Taken indicierend regiebehandelaar bij de reflectie**

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

## **17. Afsluiting/nazorg**

### **Evaluatie**

De effectiviteit van de behandeling wordt regelmatig geëvalueerd. Indien uit de evaluatie blijkt dat de geformuleerde einddoelen zijn gerealiseerd, wordt de hulpverlening waar nodig afgebouwd en vervolgens beëindigd. Gedurende dit proces van afbouwen en beëindigen zorgt de coördinerend regiebehandelaar ervoor dat de patiënt steeds op de hoogte is van de vervolgstappen in het behandelbeleid en wordt hij daarop voorbereid.

Voordat tot afsluiting wordt overgegaan, evalueert de coördinerend regiebehandelaar met de patiënt aan de hand van het behandelplan in hoeverre de doelen zijn behaald. Daarbij komt ten minste aan de orde:

- Of er sprake is van vermindering van de klachten, van verbetering van het functioneren en/of

verbetering van de kwaliteit van leven.

- De aspecten die betrekking hebben op de bejegening door de behandelaar(s).
- De wensen en mogelijkheden voor verwijzing en vervolghulp, en rapportage naar de verwijzer.

### **Vervolgbeleid**

Indien uit de evaluatie van een behandeling blijkt dat de patiënt niet de juiste hulp ontvangt, de hulp moet worden aangepast of dat herindicatie noodzakelijk is, dan wordt in overleg met de patiënt vervolgbeleid bepaald, met als doel het aanpassen van het behandelplan. Als er sprake is van veranderingen in het behandelplan, wordt dit vastgelegd in het EPD. Bij voor de verwijzer relevante wijzigingen wordt een tussenrapport geschreven dat na consensus met de patiënt en/of diens naasten wordt verzonden aan de huisarts.

Wanneer de hulpverlening wordt beëindigd zonder dat de doelstellingen zijn bereikt, wordt in overleg met de patiënt en/of diens naasten besproken of en hoe vervolghulp te realiseren is. Als wordt gekozen voor een vervolgtraject, is de coördinerend regiebehandelaar behulpzaam om een goede verwijzing te realiseren.

### **Problematische afsluiting**

De beslissing om de hulpverlening wel of niet af te sluiten vindt plaats in overleg met de patiënt, en de andere bij de hulpverlening betrokkenen. Bij problematische afsluiting wordt door de indicierend regiebehandelaar geprobeerd om samen met de patiënt en/of diens naasten tot een passende oplossing te komen. Indien de indicierend regiebehandelaar geen klinisch psycholoog of psychiater is, wordt een klinisch psycholoog of psychiater betrokken bij het overleg. Mocht er dan nog geen oplossing gevonden zijn, dan wordt overleg gezocht met de eerste geneeskundige. De patiënt en/of diens naasten dienen in te stemmen met verwijzing en/of vervolghulp. De gemaakte afspraken worden vastgelegd in het EPD en in overleg met de patiënt wordt de verwijzer geïnformeerd.

### **Nazorg**

Nazorg kan intern plaatsvinden in de vorm van periodieke controles of terugvalpreventie (eventueel in een groep). Als nazorg niet binnen de instelling kan plaatsvinden wordt een appel op de ketenpartners gedaan.

### **Terugval**

Ondanks uitgebreide evaluatie, zorgvuldige afsluiting en eventuele nazorg kan het voorkomen dat er na afsluiting sprake is van terugval. Patiënten en hun naasten die hiermee te maken krijgen, kunnen rechtstreeks contact opnemen met de praktijk. Na inventarisatie zal de te volgen procedure worden afgestemd met de betrokkenen. Eventueel wordt de patiënt opnieuw verwezen.



## IV. Ondertekening

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.

- V.L.H. Veerman
- Leeuwarden
- 16-6-2022

Bij het openbaar maken van het Kwaliteitsstatuut voegt de ggz-instelling de volgende bijlagen op de registratiepagina van [www.GGZkwaliteitsstatuut.nl](http://www.GGZkwaliteitsstatuut.nl) toe:

- een afschrift/kopie van het binnen de instelling geldende kwaliteitscertificaat (HKZ/NIAZ/JCI of ander keurmerk);
- zijn algemene leveringsvoorwaarden;
- het binnen de instelling geldende professioneel statuut.