



Keurmerk
Basis
GGZ

Stichting
Kwaliteit
in Basis
GGZ

Handboek

Keurmerk Basis GGZ 2015

oktober 2014

Stichting mirro – per 1 september 2015 in beheer van Stichting Kwaliteit in Basis GGZ

1 Inleiding

Mentale gezondheid is een groot goed. Mentale gezondheid is niet vanzelfsprekend; iedereen krijgt in zijn leven, direct of indirect, wel eens te maken met psychische problemen. Mensen die mentaal niet fit zijn, zijn extra kwetsbaar. Het is daarom belangrijk dat iedereen met psychische klachten kan vertrouwen op de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plaats. Zorg die past bij de individuele klachten, behoeften en vaardigheden, en zoveel mogelijk in een vertrouwde omgeving plaatsvindt.

Stichting Kwaliteit in Basis GGZ gelooft dat de generalistische Basis GGZ in Nederland van goed naar beter kan. Wij geloven in de kracht van verbinding en in de kracht van inzicht, herkenning en erkenning om in een gezamenlijk dialoog te blijven werken aan kwaliteit en doelmatigheid. Stichting Kwaliteit in Basis GGZ verbindt belanghebbende partijen en bestaande initiatieven, houdt overzicht en biedt structuur. Stichting Kwaliteit in Basis GGZ draagt bij aan kwaliteitsverbetering in de GGZ-keten door het ontwikkelen van kwaliteitskeurmerken en -criteria. De keurmerken en criteria hebben waarde als onder meer keuze-informatie voor consumenten, verwijsinformatie, zorginkoopinformatie en beleidsinformatie. Aanbieders laten met het keurmerk zien dat zij zich extra inspanssen om de juiste zorg op het juiste moment te leveren.

1.1 Leeswijzer

In dit handboek wordt op alle onderdelen relevant voor het Keurmerk Basis GGZ 2015 een toelichting geven. Dit document start met beschrijving van de certificerende organisatie (Hoofdstuk 2). Hoofdstuk 3 geeft informatie over het Keurmerk Basis GGZ. Hierbij wordt onder andere ingegaan op de waarde, de ondersteunende producten en het kwaliteit & beheerteam. Aansluitend staat in hoofdstuk 4 het proces omschreven hoe zorgaanbieders van de Generalistische Basis GGZ het Keurmerk Basis GGZ 2015 kunnen aanvragen; welke startkwalificaties gevraagd worden, wat de intentieverklaring inhoud en welke normen hiervoor gelden. Tevens worden de criteria die aan een beslissingsondersteunend instrument zijn gesteld toegelicht als uitwerking van een van de normen. Een overzicht van de specifieke normen is in bijlage 040301 uiteengezet.

Hoofdstuk 5 beschrijft het proces van certificeren, van aanmelding tot toetsing. Ook wordt hier ingegaan op het keurmerkregister, de klachtenprocedure en het handhaafbeleid. Aan het eind van iedere paragraaf wordt waar relevant verwezen naar bijlagen. In hoofdstuk 6 is tot slot een totaaloverzicht van de bijlagen opgenomen. Daarin staat vermeld of deze, als ze niet als bijlage zijn toegevoegd, te vinden zijn op de website of opvraagbaar zijn. De bijlagen vormen een integraal onderdeel van dit handboek.

2 Stichting Kwaliteit in Basis GGZ: organisatie

Stichting Kwaliteit in Basis GGZ is een stichting zonder winstoogmerk. De stichting opgericht vanuit een gezamenlijk initiatief van de GGZ-instellingen Indigo Midden Nederland, GGZ Drenthe, GGZ inGeest en Parnassia Groep, en de zorgverzekeraars Zilveren Kruis en CZ. De stichting is opgericht in juli 2015. De stichting heeft ten doel het stimuleren van kwaliteitsverbetering in de GGZ-keten en ervoor zorgen dat kwalitatief goede psychische zorg herkend en erkend wordt. De stichting ontwikkelt daartoe kwaliteitskeuren en kenmerken voor de GGZ-keten en ontplooit overige activiteiten die met het vorenstaande in de ruimste zin verband houden of daartoe bevorderlijk kunnen zijn. De keurmerkactiviteiten van Stichting KiBG zijn gestart in 2014 onder Stichting mirro. Stichting Kwaliteit in Basis GGZ kent een bestuur, commissie van deskundigen en een bedrijfsbureau.

Document: Statuten KiBG (020101)

2.1 Bestuur

Het bestuur is de hoogste bestuurlijke organisatorische eenheid van de Stichting. Het bestuur bestaat uit vertegenwoordigers van de initiërende organisaties. De posities in het bestuur vanuit patiëntvertegenwoordiging en huisartsvertegenwoordiging zijn momenteel vacant. Het bestuur is eindverantwoordelijk voor sturing en resultaten. Hoofdtaken zijn onder andere het vaststellen van het (meerjaren)beleid, projectplannen, de begroting, de jaarrekeningen, en het keurmerk Basis GGZ. Tevens benoemd het bestuur de leden van de Commissie van Deskundigen. Het bestuur is bevoegd te besluiten tot het aangaan van overeenkomsten en kan commissie(s) instellen ter ondersteuning van de werkzaamheden van het bestuur.

Documenten: Bestuursreglement Stichting KiBG (020102),

2.2 Commissie van Deskundigen

De Commissie van Deskundigen bestaat uit deskundigen die worden benoemd op grond van hun inhoudelijke expertise en gezag. Zij hebben op persoonlijke titel zitting in de commissie. De commissie neemt geen besluiten, maar adviseert het bestuur over onder andere de inhoud van het keurmerk, de wijze waarop de ontwikkeling van het keurmerk plaatsvindt en bij kwalificatievragen. Het bedrijfsbureau ondersteunt de Commissie van Deskundigen secretariael en procedureel.

Documenten: Reglement Commissie van Deskundigen (020201)

2.3 Bedrijfsbureau

Het bedrijfsbureau van Stichting Kwaliteit in Basis GGZ coördineert en faciliteert alle ontwikkelingen rondom het keurmerk en is verantwoordelijk voor de uitvoerende taken van de stichting.

3 Keurmerk Basis GGZ 2015

3.1 Certificaat voor de juiste zorg op het juiste moment

Met het Keurmerk Basis GGZ kunnen zorgaanbieders laten zien dat ze zich extra inspinnen om kwalitatief hoogwaardige en passende Generalistische Basis GGZ-zorg te bieden. De juiste zorg op het juiste moment, dichtbij de patiënt; dat is waar het keurmerk voor staat.

Aanbieders van Generalistische Basis GGZ komen in aanmerking voor het Keurmerk Basis GGZ. Het is een certificaat dat toegekend wordt door Stichting Kwaliteit in Basis GGZ wanneer aan de normen van het keurmerk wordt voldaan. Zorgaanbieders kunnen met het keurmerk laten zien dat ze zich extra inspinnen om de juiste zorg op het juiste moment te leveren. Dit sluit volledig aan op de uitgangspunten van de nieuwe indeling van de GGZ per 1 januari 2014. Patiënten, verwijzers en andere zorgverleners en zorgverzekeraars kunnen bij zorgaanbieders met het keurmerk er van uitgaan dat bij deze zorgaanbieder:

1. een goed onderbouwde zorgtoewijzing plaatsvindt;
2. goede afspraken rondom samenwerking en informatie-uitwisseling zijn gemaakt met zorgaanbieders in de GGZ-keten;
3. geprotocolleerd behandeld wordt;
4. het gebruik van bestaande e-mental health oplossingen wordt gestimuleerd en dat deze op een juiste wijze worden ingezet;
5. continu wordt gewerkt aan het verbeteren van de zorg.

3.2 Producten

Om invulling te geven aan het keurmerk dienen producten gebruikt te worden die het zorgproces ondersteunen:

1. E-Mental Health: Veelal begeleide online GGZ-zorg. Wordt vaak binnen een behandeltraject ter vervanging van een deel van de face-to-face behandelingen ingezet (blended).
2. Beslissingsondersteunend instrument: Instrumenten die gebruikt worden als hulpmiddel bij het inschatten van de 5 criteria van het landelijke verwijsmodel voor de GGZ-zorg en ter bepaling van gewenste vervolgzorg. De vijf criteria zijn: vermoeden tot klachten of stoornis, ernst, risico, complexiteit en duur.
3. Spiegelinformatieproducten die gebruikt kunnen worden om verbeterplannen te formuleren en verbeteracties te monitoren.

3.3 Organisatiekeurmerk met eisen aan eigen zorgprofessionals

Om de doelstellingen van het Keurmerk Basis GGZ te bereiken, is samenspel tussen de zorgprofessional, zorgaanbieder en de beheerder van het keurmerk, Stichting Kwaliteit in Basis GGZ, belangrijk.

De zorgaanbieder is de zorginstelling of praktijk die het keurmerk draagt. De zorgprofessional is de zorgverlener die bij de zorgaanbieder werkt die het keurmerk draagt .

Het Keurmerk Basis GGZ is een keurmerk voor zorgaanbieders. De keuze voor een keurmerk voor een zorgaanbieder (met voorwaarden voor de eigen zorgprofessionals) sluit aan bij de zorginhoudelijke, administratieve en economische drijfveren van Stichting Kwaliteit in Basis GGZ en de daarbij betrokken zorgaanbieders, waarbij de verantwoordelijkheden zo veel mogelijk belegd zijn bij de zorgaanbieder zelf.

4 Normen Keurmerk Basis GGZ 2015

Als normeigenaar beheert Stichting Kwaliteit in Basis GGZ de normen voor het Keurmerk Basis GGZ. De stichting borgt dat de ontwikkeling, het beheer en de verbetering van de norm zorgvuldig gebeurt en breed gedragen wordt. Dit gebeurt middels het betrekken van het veld bij de ontwikkeling. Daarnaast is zij verantwoordelijk voor het transparant en objectief uitvoeren van het certificeringsproces.

In 2014 zijn concept normen en instrument criteria opgesteld waarover het veld vervolgens is geconsulteerd. Dit heeft geleid tot een aantal aanpassingen op zowel de normen als de criteria.

4.1 Startkwalificatiecriteria

Voor zorgaanbieder van de Generalistische Basis GGZ geldt als startkwalificatie voor het Keurmerk Basis GGZ dat zij:

- Generalistische Basis GGZ leveren volgens de daarvoor wettelijk geldende minimum vereisten.
- een AGB-code hebben.

4.2 Intentieverklaring

De zorgaanbieder dient een intentieverklaring te ondertekenen waarin zij verklaart zich in te spannen om de juiste zorg op het juiste moment te leveren (zie paragraaf 5.2).

4.3 Normen zorgaanbieder

De aanbieder Generalistische Basis GGZ levert zorg volgens de daarvoor opgestelde normen. Het overzicht van normen is als bijlage in dit handboek opgenomen.

Documenten: Normen Keurmerk Basis GGZ 2015 (040301)

4.4 Criteria instrumenten voor beslissingsondersteunend instrument

Binnen het keurmerk wordt als norm gesteld dat gewerkt wordt met een geaccepteerd instrument voor de ondersteuning van de beslissingsondersteuning. Een geaccepteerd beslissingsondersteunend instrument wil zeggen dat het instrument voldoet aan de eisen die aan een beslissingsondersteunend instrument zijn gesteld. Het overzicht van criteria is als bijlage in dit handboek opgenomen. Zie ook paragraaf 5.4.

Documenten: Criteria beslissingsondersteunend instrument (040401)

4.5 Het beheer van de norm en proces van certificeren

Voor het beheer van de norm en proces wordt aangesloten bij de structuur en werkwijze van Stichting Kwaliteit in Basis GGZ. De normelementen waarop wordt getoetst zijn onderhevig aan veranderingen door wijzigingen in o.a. wet- en regelgeving en (maatschappelijke) ontwikkelingen in de zorgsector. De besluitvorming over aanpassing van de norm is een taak van het bestuur.

In het kader van de certificering van zorgaanbieders worden ook eisen gesteld aan de werkwijze van medewerkers en competenties van en binnen Stichting Kwaliteit in Basis GGZ met betrekking tot het beheer van de norm. De norm is tot stand gekomen onder verantwoordelijkheid van het bestuur. Dit bestuur wordt gevoed met voorstellen voor normaanpassingen en adviezen door het Commissie van Deskundigen.

Documenten: Profiel Commissie van Deskundigen (020201), Reglement Commissie van Deskundigen (020202)

5 Proces van certificeren

5.1 Aanmelden

Alle aanbieders van Generalistische Basis GGZ die voldoen aan de startkwalificaties (paragraaf zie 4.1) kunnen het Keurmerk Basis GGZ aanvragen. Bij een aanvraag worden de gegevens als ingevuld op het aanvraagformulier geregistreerd. De aanvraag wordt door Stichting Kwaliteit in Basis GGZ verwerkt en de zorgaanbieder ontvangt de benodigde praktische informatie en een intentieverklaring ter ondertekening.

Documenten: Aanmeldingsformulier keurmerk (050101), Brief bevestiging aanvraag keurmerk (050102)

5.2 Verwerken ondertekende intentieverklaring

Na ontvangst van de getekende intentieverklaring en aanvullende documentatie / gegevens worden deze gecontroleerd en verwerkt (geregistreerd) door Stichting Kwaliteit in Basis GGZ. Als voldaan is aan deze criteria wordt een keurmerk toegekend aan de zorgaanbieder.

Documenten: Intentieverklaring aanbieder Generalistische Basis GGZ (050201), Overeenkomst Stichting Kwaliteit in Basis GGZ – zorgaanbieder (050202)

5.3 Toetsing zorgaanbieder

Stichting Kwaliteit in Basis GGZ toetst en monitort periodiek of de zorgaanbieder voldoet aan de normen het Keurmerk Basis GGZ. Als door de zorgaanbieder is aangetoond dat aan deze normen is voldaan, behoudt de zorgaanbieder het keurmerk.

Stichting Kwaliteit in Basis GGZ registreert de zorgaanbieder in het keurmerkregister. Het keurmerk kent een geldigheidstermijn van maximaal één jaar.

Documenten: Keurmerk-register (050301), Brief uitslag keuring toekenning definitief keurmerk BGGZ instelling v1 (050302), Brief uitslag keuring met tekortkomingen BGGZ instelling v2 (050303)

5.4 Toetsing beslissingsondersteunend instrument

In de normen van het keurmerk is het gebruik van een instrument voor ondersteuning van de doorverwijzing in de GGZ opgenomen. Het is van belang dat deze instrumenten voldoen aan een kwaliteitsniveau om bij de dragen aan de ambitie van de juiste zorg, op het juiste moment op de juiste plaats. Ten behoeve hiervan zijn criteria voor deze instrumenten opgesteld. Leveranciers van deze instrumenten kunnen middels een zelf evaluatie nagaan of zij voldoen aan de criteria. De toetsing van deze zelf evaluatie zal uitgevoerd worden door een onafhankelijke toetsingscommissie. Leveranciers van instrumenten kunnen het formulier voor deze zelf evaluatie aanvragen door contact op te nemen met Stichting Kwaliteit in Basis GGZ via info@kibg.nl.

Documenten: Criteria beslissingsondersteunend instrument (040401)

5.5 Het keurmerkregister

Indien de zorgaanbieder heeft voldaan aan de afgesproken verplichtingen en voldoet aan de normen wordt de zorgaanbieder opgenomen in het keurmerkregister. Dit register is opvraagbaar. Iedereen kan in dit register zien aan welke zorgaanbieder het keurmerk is toegekend. Het beheer van dit register valt onder de verantwoordelijkheid van Stichting Kwaliteit in Basis GGZ. Stichting Kwaliteit in Basis GGZ monitort en beoordeelt of de zorgaanbieder voldoet aan de normen. Indien niet wordt voldaan aan de verplichtingen of normen zal Stichting Kwaliteit in Basis GGZ de zorgaanbieder hiervan op de hoogte stellen.

Indien de zorgaanbieder niet (meer) voldoet aan de normen van het keurmerk hanteert Stichting Kwaliteit in Basis GGZ een handhaafbeleid. Indien er structureel sprake is van afwijkingen en/of tekortkomingen t.a.v. eisen van het keurmerk kan het bestuur van de stichting overgaan tot het geven van een waarschuwing, het opschorten of het intrekken van het keurmerk (zie paragraaf 5.6).

Documenten: Keurmerk-register (050301)

5.6 Handhaafbeleid

Stichting Kwaliteit in Basis GGZ monitort en beoordeelt de verplichtingen van de zorgaanbieders. Indien niet wordt voldaan aan de verplichtingen of eisen zal de stichting de zorgaanbieder hiervan op de hoogte stellen. In gezamenlijk overleg worden maatregelen besproken en vastgesteld. Indien er regelmatig en structureel sprake is van afwijkingen en tekortkomingen t.a.v. het keurmerk kan het bestuur van de stichting overgaan tot het geven van een waarschuwing, opschorting of intrekking van het keurmerk. Het proces van handhaving en de criteria voor waarschuwingen, opschorting of intrekking zijn vastgelegd in het handhaafbeleid. Dit beleid wordt beheerd door Stichting Kwaliteit in Basis GGZ.

Documenten: Handhaafbeleid (050601), Format beoordeling zorgaanbieder (050602), Brief aankondiging herkeuring zorgaanbieder (050603)

5.7 Klachten

Klachten die bij Stichting Kwaliteit in Basis GGZ binnenkomen worden zorgvuldig behandeld. Klachten kunnen o.a. betrekking hebben op de norm en het proces van certificeren. Stichting Kwaliteit in Basis GGZ kent een klachtenprocedure.

Bij klachten of ontevredenheid onderscheiden wij:

- Schriftelijke en mondelinge klachten. Mondelinge klachten beschouwen wij als uitingen van ongenoegen. Alleen schriftelijke klachten worden in behandeling genomen.
- Klachten die door Stichting Kwaliteit in Basis GGZ in behandeling kunnen worden genomen en klachten waarvoor moet worden doorverwezen naar ander verantwoordelijke instantie(s).

Een schriftelijke klacht wordt geregistreerd en afgehandeld onder de verantwoordelijkheid van de manager van het bedrijfsbureau. Deze manager rapporteert jaarlijks aan het bestuur over de ontvangen klachten (aantal en aard) en de afhandeling hiervan.

Documenten: Klachtenprocedure (050701), Klachtenregister (050702)

6 Bijlagen

040301 Normen Keurmerk Basis GGZ 2015

In dit overzicht zijn de normen Keurmerk Basis GGZ voor het jaar 2015 weergegeven.

Norm 1: Versterken van het verwijzproces naar de GGZ met beslissingsondersteunende instrumenten

Door het inzetten van een beslissingsondersteunend instrument voorafgaand aan een eventuele verwijzing naar de GGZ verbetert de verwijzing van patiënten met psychische klachten naar 'de juiste zorg op het juiste moment'. De informatie uit beslissingsondersteunende instrumenten is waardevol voor de verwijzing maar ook voor de behandeling in de huisartspraktijk. Beslissingsondersteunende instrumenten hebben de grootste toegevoegde waarde door deze in het begin van de GGZ-keten in te zetten; door de huisarts, POH-GGZ of bedrijfsarts als beslissingsondersteuning voorafgaand aan de behandeling of bij de verwijzing. Verwijzers (huisarts en bedrijfsarts) zijn dan ook primair verantwoordelijk voor een adequate aanmelding inclusief het gebruik van een beslissingsondersteunend instrument.

De Generalistische Basis GGZ-zorgaanbieder met het Keurmerk Basis GGZ onderschrijft het belang van het gebruik van een beslissingsondersteunend instrument bij de verwijzing. De zorgaanbieder maakt daarom afspraken met verwijzers over het triageren en verwijzen met behulp van een geaccepteerd beslissingsondersteunend instrument (zie toelichting, punt 1). De zorgaanbieder spant zich ertoe in dat in 2015 bij minimaal 30% van de behandelingen in de Generalistische Basis GGZ een geaccepteerd beslissingsondersteunend instrument door de verwijzer is gebruikt bij de verwijzing (zie toelichting, punt 2).

Wanneer de Generalistische Basis GGZ zorgaanbieder signaleert dat bij verwijzing nog onvoldoende vaak een geaccepteerd beslissingsondersteunend instrument wordt ingezet neemt de Generalistische Basis GGZ zorgaanbieder voor of bij de start van het behandeltraject het instrument zelf af zodat alsnog bij minimaal 30% van de bij de zorgaanbieder in 2015 gestarte behandelingen een geaccepteerd beslissingsondersteunend instrument is gebruikt (zie toelichting, punt 3 en 4). Dit waarborgt dat deze instrumenten in die mate worden gebruikt dat onderzoek naar en de doorontwikkeling van deze instrumenten geborgd is. De Generalistische Basis GGZ zorgaanbieder laat hiermee bovendien zien dat deze zich inspant om de toepassing van beslissingsondersteunende instrumenten bij het triageren en verwijzen van patiënten met psychische klachten te vergroten.

Zorgverzekeraars die het Keurmerk Basis GGZ onderschrijven maken afspraken met verwijzers over het inzetten van geaccepteerde beslissingsondersteunende instrumenten. Via het POH-GGZ inkoopbeleid wordt het inzetten van deze instrumenten gestimuleerd.

Door de inspanningen vanuit GGZ zorgaanbieders en zorgverzekeraars om afspraken te maken met verwijzers over het verwijzen met behulp van beslissingsondersteunende instrumenten zullen deze instrumenten steeds meer gebruikt worden bij de verwijzing. Het is daarom de verwachting dat vanaf 2016 deze norm verdwijnt voor de Generalistische Basis GGZ zorgaanbieder en dat deze vooral wordt gevraagd om richting de verwijzer een actieve en stimulerende houding aan te nemen waar het gaat om het gebruik van beslissingsondersteunende instrumenten voorafgaand aan de behandeling of bij de verwijzing. Metingen en resultaten uit beslissingsondersteunende instrumenten kunnen worden gebruikt voor de doorontwikkeling van deze instrumenten, waardoor deze steeds gericht verwijzen welke klachten en

stoornissen door de huisarts/POH, door de Generalistische Basis GGZ of door de Gespecialiseerde GGZ kunnen worden uitgevoerd.

Toelichting	<p>Geaccepteerd beslissingsondersteunend instrument wil zeggen dat het instrument voldoet aan de eisen die aan een beslissingsondersteunend instrument zijn gesteld (zie criteria beslissingsondersteunend instrument)</p> <p>Behandelingen gestart in de periode van 1 januari 2015 t/m 31 december 2015. Deze 30% norm is alleen van toepassing op patiënten die verzekerd zijn bij een zorgverzekeraar die de normen van het Keurmerk Basis GGZ 2015 onderschrijft. Indien de zorgaanbieder ook Gespecialiseerde GGZ levert wordt ook voldaan aan deze norm als bij 30% van de gestarte behandelingen van alle patiënten in de GGZ (Generalistische Basis GGZ + Gespecialiseerde GGZ) een beslissingsondersteunend instrument is ingezet.</p>
--------------------	--

Norm 2: Samenwerking in de keten

De Generalistische Basis GGZ zorgaanbieder maakt samenwerking in de keten transparant door op de website en/of in (patiënten)folder(s) inzichtelijk te maken hoe wordt samengewerkt met verwijzers, waaronder huisartsen¹.

Toelichting	<p>1. Deze norm richt zich op stimulering van de ketensamenwerking door GBGGZ zorgaanbieders. Door transparantie over samenwerking te stimuleren krijgen ketenpartners en patiënten inzicht in hoe de GBGGZ zorgaanbieder in de keten werkt. Het gaat om uitleg geven over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Op welke wijze een verwijzing een vervolg krijgt; - Welke werkwijze wordt gevolgd (preventie, triage, verwijzing, diagnostiek, et cetera); - Welke behandelingen worden geboden; - Welke informatie met de verwijzer voorafgaand, tijdens en na de behandeling wordt uitgewisseld; - Met welke verwijzers afspraken zijn gemaakt over bovenstaande algemene uitgangspunten.
--------------------	---

Norm 3: Geprotocolleerd werken

De zorgaanbieder past bij de levering van Generalistische Basis GGZ zorg (evidence based) behandelprotocollen en/of modellen toe zoals vastgelegd door de beroepsorganisaties in daartoe opgestelde richtlijnen¹.

Toelichting	<p>1. Het uitgangspunt voor de GBGGZ is generalistisch werken. Dit is een relatief nieuw gebied. Dat heeft als gevolg dat bestaande richtlijnen mogelijk niet altijd goed aansluiten bij de GBGGZ sector. Daarom wordt voor 2015 in het keurmerk niet expliciet naar specifieke richtlijnen verwezen.</p>
--------------------	---

Norm 4: e-Health

De Generalistische Basis GGZ zorgaanbieder heeft e-Health oplossingen beschikbaar¹. Bij e-health gaat het om het gebruik van informatie en communicatietechnologie als onderdeel van zorginterventies, bijvoorbeeld internettools of apps voor voorlichting, preventie, triage, diagnostiek, behandeling en nazorg.

Toelichting	<p>1. Voor 2015 worden geen nadere eisen aan e-Health toepassingen gesteld op het gebied van kwaliteit, bewezen effectiviteit, etc.. Het is aan de GBGGZ zorgaanbieder zelf hier een gedegen beoordeling over te doen.</p>
--------------------	--

Norm 5: Continu verbeteren	
De Generalistische Basis GGZ zorgaanbieder richt zich op het leveren van de juiste zorg, op het juiste moment, dicht bij de patiënt ¹ . Spiegelinformatie ondersteunt zorgaanbieders in het formuleren van verbeterplannen en het monitoren van verbeteracties. Stichting Kwaliteit in Basis GGZ ondersteunt de zorgaanbieder met spiegelinformatie.	
Toelichting	1. Deelnemers aan het keurmerk hebben de gemeenschappelijke doelstelling van de juiste zorg, op het juiste moment, dicht bij de patiënt. Management informatie (waaronder de spiegelinformatie van Stichting Kwaliteit in Basis GGZ) wordt daarbij actief gebruikt om deze doelstelling steeds beter te realiseren.

Norm 6: ROM conform landelijk afspraken	
De Generalistische Basis GGZ zorgaanbieder levert ROM gegevens conform SBG eisen aan voor patiënten behandeld in de Generalistische Basis GGZ met behandelproduct kort/middel/intensief. De aanlevering voor zowel de voor- als nameting is conform de landelijke afspraken ¹ .	
Toelichting	1. De gegevens kunnen direct bij SBG worden aangeleverd dan wel via de MDS/DIS set.

040401 Criteria beslissingsondersteunend instrument

In dit overzicht zijn de criteria beslissingsondersteunend instrument voor het jaar 2015 weergegeven:

Criterium 1	
Het instrument is geschikt ter ondersteuning van de verwijzing van volwassenen en ouderen waarbij psychische klachten worden vermoed ^{1,2} .	
Toelichting	<ol style="list-style-type: none"> 1. Een beslissingsondersteunend instrument is hulpmiddel welke bij de triage en de verwijzing ondersteuning kan bieden, aanvullend op de klinisch blik. De gebruiker moet zich ervan bewust zijn dat een beslissingsondersteunend instrument een gedefinieerd werkgebied kent. In een beslissingsondersteunend instrument worden (mogelijk) elementen niet meegenomen die in de klinische blik wel meegenomen worden. Dit moet aan de gebruiker transparant kenbaar gemaakt zijn, bijvoorbeeld in de handleiding. 2. Het is voor gebruikers duidelijk dat het instrument (mogelijk) niet geschikt is voor alle patiëntencategorieën. Bijvoorbeeld door dit te vermelden in de handleiding. Waar mogelijk wordt specifiek benoemd voor welke patiëntencategorieën het instrument niet geschikt is.

Criterium 2	
Het instrument bevordert de betrokkenheid van patiënten; patiënten beantwoorden vragen over de klachten zelfstandig of samen met de zorgprofessional. Het instrument ondersteunt een onderbouwde verwijzing naar de juiste zorg.	

Criterium 3	
Het instrument genereert voor de vijf criteria aard, ernst, risico, complexiteit en duur van de klachten een score. Op basis hiervan wordt een advies voor vervolgzorg gegenereerd. Het instrument sluit volledig aan bij het NZa verwijzingsmodel voor de GGZ, dat dezelfde criteria omvat. De combinatie van de verschillende	

subscores leidt tot een advies voor vervolgzorg. Het instrument beschikt over minimaal de volgende adviezen:

- Geen ZVW zorg nodig, mogelijk wel maatschappelijk werk, online zelfhulp, etc.;
- Huisartsenzorg/POH-GGZ;
- Generalistische Basis GGZ;
- Gespecialiseerde GGZ.

Criterion 4

Het instrument genereert een voor de verwijzing en intake relevante rapportage. In de rapportage worden naast het verwijzadvies en de scores op de vijf criteria ook de klachten van de patiënt en de door hem/haar gegeven antwoorden op de vragen opgenomen. Het instrument biedt de mogelijkheid aan de professional om op basis van het advies en zijn of haar klinische blik tot een afgewogen oordeel te komen en de motivatie daarvan vast te leggen.

Criterion 5

Het instrument is gevalideerd door middel van onderzoek of er is een onderzoeksplan opgesteld om de validiteit van het instrument te optimaliseren door middel van onderzoek^{1,2}.

Toelichting

1. Er worden geen specifiek eisen gesteld aan het validatie onderzoek(plan), wel dient dit conform algemeen geaccepteerde normen te zijn opgezet.
2. Het onderzoek is reeds afgerond en het onderzoeksplan en de resultaten zijn gepubliceerd op de website van de leverancier van het beslissingsondersteunend instrument of het onderzoeksplan wordt in 2015 uitgevoerd en levert voor eind 2015 onderzoeksresultaten op die tezamen met het onderzoeksplan gepubliceerd worden op de website van de leverancier van het beslissingsondersteunend instrument.

Criterion 6

Het instrument voldoet minimaal aan de voor dit instrument relevante NEN7510 eisen en wet- en regelgeving¹ of is aantoonbaar een traject gestart om hieraan te voldoen².

Toelichting

1. Toepasselijke wet- en regelgeving kunnen per instrument verschillen. Van belang is om in ieder geval na te gaan of de volgende normen en eisen van toepassing zijn:
 - NEN7510:2010 (c.q. ISO27001)
 - NEN7512 (berichtenuitwisseling)
 - NEN7513 (logging)
 - CE markering (medisch hulpmiddel)
2. Dit kan aangetoond worden middels een plan en/of een contract voor de eventueel uitvoeren audit traject.

050601 Handhaafbeleid

Stichting Kwaliteit in Basis GGZ monitort en beoordeelt of de zorgaanbieder voldoet aan de normen. Indien niet wordt voldaan aan de normen zal Stichting Kwaliteit in Basis GGZ de zorgaanbieder hiervan op de hoogte stellen. In het geval dat de zorgaanbieder niet (meer) voldoet aan de normen van het keurmerk hanteert Stichting Kwaliteit in Basis GGZ het onderstaande handhaafbeleid.

Bij de aanvraag van het Keurmerk Basis GGZ wordt het keurmerk certificaat uitgereikt. Wanneer er structureel sprake is van afwijkingen en/of tekortkomingen t.a.v. normen van het keurmerk kan Stichting Kwaliteit in Basis GGZ overgaan tot het geven van een waarschuwing of het intrekken van het keurmerk. Het handhaafbeleid wordt onderstaand schematisch weergegeven.



Het proces bij het handhaafbeleid

- De zorgaanbieder ontvangt ieder kwartaal een rapportage. In deze rapportage wordt een score aan de zorgaanbieder toegekend; 'goed', 'progressie getoond' of 'onvoldoende'. In de rapportages wordt per norm aangegeven of de zorgaanbieder op schema loopt om aan de normen geldend voor dat jaar te voldoen. Het 'op schema lopen' is hierbij als volgt gedefinieerd: de mate waarin in per kwartaal naar rato is voldaan aan de norm-eisen die gelden over dat gehele jaar of over de specifieke periode van toepassing voor de norm-eis. Hiermee moet de zorgaanbieder binnen de score 'goed' of 'progressie getoond' vallen.
 - Indien de zorgaanbieder niet aan gestelde normen voldoet, wordt de zorgaanbieder door Stichting Kwaliteit in Basis GGZ hiervan op de hoogte gesteld. In de rapportages wordt gespecificeerd welke norm-eisen de non-conformiteit betreft en wat gewenste vervolgstappen zijn.
- Indien de zorgaanbieder binnen de score onvoldoende valt, wordt de zorgaanbieder hiervan op de hoogte gesteld. Stichting Kwaliteit in Basis GGZ geeft een eerste waarschuwing.
 - Zorgaanbieders met de score onvoldoende krijgen de formele aansporing om de situatie binnen 6 maanden te verbeteren.
- Indien een zorgaanbieder bij een keurmerkrapportage binnen de score 'progressie getoond' valt, dient de zorgaanbieder in het opvolgende kwartaal verbetering te laten zien.
 - Indien geen verbetering zichtbaar is, krijgt de zorgaanbieder het volgende kwartaal een waarschuwing en wordt de score 'onvoldoende' toegekend.
- Indien de zorgaanbieder drie rapportages achtereenvolgend binnen de score onvoldoende valt, wordt het keurmerk ingetrokken.

- Aan zorgverzekeraars die deelnemen aan het Keurmerk Basis GGZ wordt het intrekken van het keurmerk gemeld.
- Indien het keurmerk ingetrokken wordt kan de zorgaanbieder gedurende 12 maanden het keurmerk niet opnieuw aanvragen.