



Keurmerk
Basis
GGZ

Stichting
Kwaliteit
in Basis
GGZ

Handboek

Keurmerk Basis GGZ 2016

Versie 1.0
Augustus 2015
Stichting KiBG

Inhoudsopgave

| | | |
|--------|--|----|
| 1 | Inleiding | 3 |
| 1.1 | Leeswijzer | 3 |
| 2 | Stichting KiBG | 4 |
| 2.1 | Bestuur..... | 4 |
| 2.2 | Commissie van Deskundigen | 4 |
| 2.3 | Bedrijfsbureau | 4 |
| 3 | Normen | 5 |
| 3.1 | Totstandkoming en doorontwikkeling | 5 |
| 4 | Aanmeld- en kwalificatieproces..... | 6 |
| 4.1 | Vorbereiding en aanmelding | 6 |
| 4.2 | Kwalificatie | 6 |
| 4.3 | Niet gekwalificeerd | 7 |
| 4.4 | Rapportages..... | 7 |
| 4.5 | Gesprekken..... | 7 |
| 4.6 | Keurmerk ingetrokken | 8 |
| 4.7 | Kwalificatie toets vanuit Stichting KiBG | 9 |
| 5 | Contact..... | 11 |
| 5.1 | Klachtenprocedure..... | 11 |
| 5.2 | Contactgegevens | 11 |
| 6 | Bijlagen..... | 12 |
| 040301 | Thema's en normen Keurmerk Basis GGZ 2016 | 13 |
| | Thema – Samenwerking in de keten..... | 13 |
| | Thema – Generalistisch Methodisch behandelen | 15 |
| | Thema – eHealth | 17 |
| | Thema – Continu verbeteren..... | 19 |

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, verwijzinformatie, 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 een toelichting op het keurmerk Basis GGZ 2016 gegeven. Dit handboek start met een beschrijving van de certificerende stichting (Hoofdstuk 2). Hierbij wordt ingegaan op de taken en verantwoordelijkheden van het bestuur van Stichting KiBG, de Commissie van Deskundigen en het bedrijfsbureau van Stichting KiBG. Hoofdstuk 3 geeft informatie over de totstandkoming en doorontwikkeling van de normen van het Keurmerk Basis GGZ. Hoofdstuk 4 beschrijft het proces van certificeren, van aanmelding tot kwalificatie. Hierin wordt uiteengezet hoe de aanmelding verloopt, hoe zorgaanbieders zich kunnen kwalificeren en hoe stichting KiBG hierin faciliteert. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de klachtenprocedure. Tot slot is in hoofdstuk 6 een totaaloverzicht van de bijlagen opgenomen.

2 Stichting KiBG

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 kwaliteitskeur- 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 cliëntvertegenwoordiging 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 benoemt 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 College 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 Normen

Stichting KiBG beheert het keurmerk Basis GGZ. Stichting KiBG borgt dat de (door)ontwikkeling van de normen zorgvuldig gebeurt en dat de normen breed worden gedragen. Het zorgveld wordt betrokken bij de (door)ontwikkeling van het keurmerk. Daarnaast is het bedrijfsbureau verantwoordelijk voor het transparant en objectief uitvoeren van het certificeringsproces rondom het keurmerk. Het overzicht van de normen in het keurmerk Basis GGZ 2016 is als bijlage in dit handboek opgenomen.

3.1 Totstandkoming en doorontwikkeling

Het keurmerk Basis 2016 is tot stand gekomen door voort te bouwen op de keurmerknormen van 2015. Tijdens een consultatietraject (februari t/m april 2015) hebben zorgverleners, experts en verzekeraars voortbouwend op elkaars ideeën, de keurmerknormen "eHealth" en "generalistisch methodisch behandelen" inhoudelijk uitgediept en zijn de andere normen voor 2016 bediscussieerd en waar mogelijk aangescherpt ten opzichte van 2015.

Het keurmerk 2016 bestaat uit vier thema's: Samenwerking in de keten, Generalistisch methodisch behandelen, eHealth en Continu verbeteren. Elk thema kent meerdere normen. Bij de formulering en aanscherping van de normen is een aantal randvoorwaarden gesteld. Elke norm draagt bij aan het doel: "juiste zorg op het juiste moment, dichtbij de cliënt". Uitgangspunt per norm is meetbaarheid, het gewenste ambitie niveau (toont de keurmerkdrager met de gekozen formulering aan zich extra in te spannen voor de juiste zorg op het juiste moment) en de praktische uitvoerbaarheid in 2016. Het gehele consultatietraject heeft geleid tot de normen voor het Keurmerk Basis GGZ 2016.

Documenten: Thema's en Normen 2016 (030101)

4 Aanmeld- en kwalificatieproces

In dit hoofdstuk staat het keurmerkproces beschreven. Het proces start bij aanmelding, vervolgens wordt beschreven hoe een Generalistische Basis GGZ aanbieder zich kan kwalificeren voor het keurmerk.

4.1 Voorbereiding en aanmelding

Het keurmerk Basis GGZ 2016 is vastgesteld en openbaar. Zorgaanbieders kunnen het keurmerk van juni t/m oktober 2015 aanvragen en zich voorbereiden op wat er van hen wordt verwacht in 2016. Door het ondertekenen en retourneren van de overeenkomst, zijn zij per 1 januari 2016 Keurmerkdrager en worden zij opgenomen in het Keurmerkregister (mits het keurmerk eerder niet is ingetrokken). Dragere van het keurmerk in een voorgaand jaar, starten als keurmerkdrager na aanmelding. Het aanmeldproces wordt afgerond vóór de start van het nieuwe (keurmerk)jaar. Stichting KiBG voert kennismakingsgesprekken met nieuwe keurmerkdragere, waarin uitleg gegeven wordt over de achtergrond en de inhoud van het Keurmerk Basis GGZ 2016.

Documenten: Aanmeldingsformulier keurmerk Basis GGZ (040101), Overeenkomst Keurmerk Basis GGZ (040102), Keurmerkregister 2016 (040103)

4.2 Kwalificatie

Vanaf 1 januari tot en met 31 maart 2016 kan de zorgaanbieder zich kwalificeren het keurmerk te blijven dragen, door het uitvoeren van een zelfevaluatie. De zelfevaluatie wordt uitgevoerd via het invullen van een digitale vragenlijst. De vragenlijst bevat vragen waarmee zorgaanbieders kunnen beschrijven of en hoe zij aan de normen in het keurmerk voldoen. Ook wordt de mogelijkheid gegeven om aanvullende documentatie toe te voegen, waaruit blijkt dat de zorgaanbieder voldoet aan de norm of ter verduidelijking van de ingevulde toelichting bij de norm.

Voor het thema "continu verbeteren" wordt in de zelfevaluatie gevraagd naar een reële inschatting over het gehele jaar. Stichting KiBG toetst de zelfevaluatie en maakt een keurmerkrapportage op. De zorgaanbieder ontvangt van Stichting KiBG een keurmerkrapportage waarin wordt aangegeven of de zorgaanbieder zich heeft gekwalificeerd als drager van het Keurmerk Basis GGZ 2016. Een steekproef wordt getrokken voor evaluatie en verbetergesprekken vanuit Stichting KiBG. Met gesprekken wordt nader inzicht verkregen. Samen levert dit de nodige input voor de definitieve beoordeling. Bij kwalificatie ontvangt de zorgaanbieder onder meer het keurmerkcertificaat. De zorgaanbieder is voor de rest van het lopende jaar (2016) keurmerkdrager. Stichting KiBG stuurt de zorgaanbieders hiervoor een evaluatieformulier toe.

De keurmerkdrager dient zich voor het keurmerk 2017 opnieuw te kwalificeren. Daarbij geldt dat voor nieuwe of gewijzigde normen een zelfevaluatie wordt uitgevoerd. De kwalificatie op normen die niet gewijzigd zijn ten opzichte van het voorgaande jaar (2016), zijn minimaal 2 jaar geldig waardoor gegevens over deze normen niet opnieuw hoeven worden aangeleverd.

Documenten: Vragenlijst zelfevaluatie (040201), Keurmerkregister 2016 (040103)

4.3 Niet gekwalificeerd

Het kan zijn dat een zorgaanbieder zich in het eerste kwartaal van 2016 nog niet heeft gekwalificeerd voor het keurmerk. De keurmerkrapportage geeft inzicht op welke thema's en normen verbetering nodig is om zich te kwalificeren (zie 4.4). Zorgaanbieders krijgen de tijd om te verbeteren en kunnen zich alsnog kwalificeren, vóór 1 juli 2016, door opnieuw een zelfevaluatie in te dienen bij Stichting KiBG. Een zorgaanbieder behoudt het recht om tot 1 juli 2016 het Keurmerk Basis GGZ te voeren en blijft tot die tijd opgenomen in het Keurmerkregister.

Documenten: Keurmerkregister 2016 (040103)

4.4 Rapportages

De zorgaanbieder die een zelfevaluatie heeft uitgevoerd ontvangt van Stichting KiBG een keurmerkrapportage waarin wordt aangegeven of de zorgaanbieder zich heeft gekwalificeerd als drager van het Keurmerk Basis GGZ 2016. Als de zorgaanbieder zich nog niet heeft gekwalificeerd wordt in de keurmerkrapportage aangegeven welke punten verbetering behoeven om zich te kunnen kwalificeren als keurmerkdrager. Om de zorgaanbieder extra handvatten te geven voor het verbeteren van zorg worden spiegelrapportages opgesteld. Zorgaanbieders krijgen (als data beschikbaar komt) zo gedetailleerd inzicht of de juiste cliënten bereikt worden, of de zorg effectief is en of de behandelduur optimaal is. In april – mei 2016 ontvangen keurmerkdragers een eerste spiegelrapportage 2016.

4.5 Gesprekken

Op basis van de keurmerkrapportages worden door stichting KiBG gesprekken gevoerd met:

- 1) keurmerkdragers die zich hebben gekwalificeerd.
- 2) keurmerkaanvragers die zich niet hebben gekwalificeerd voor het keurmerk Basis GGZ 2016.
- 3) zorgaanbieders van wie het keurmerk is ingetrokken.

Instellingen die behoren tot de eerste groep worden minimaal eens per twee jaar bezocht door stichting KiBG. Met vrijgevestigde GBGGZ aanbieders vindt minimaal eens per drie jaar een gesprek plaats. Dit kan eventueel telefonisch. Bij het bepalen van de steekproef uit groep 1 wordt gelet op keurmerkdragers die een voorbeeldfunctie vervullen en keurmerkdragers waarbij de zelfevaluatie vragen ter verduidelijking of ter inspiratie oproept. Het doel bij deze gesprekken is het ophalen van best practices en verbetermogelijkheden voor de keurmerkdrager en het keurmerk.

Nog niet gekwalificeerde aanbieders (groep 2) worden geselecteerd op basis van de zelfevaluatie. Elk jaar wordt gesproken met een aantal van de niet gekwalificeerde aanbieders die wel hebben laten zien zich in te spannen om het keurmerk te behalen. Met nog niet gekwalificeerde aanbieders wordt

gesproken over de haalbaarheid van verbetering ter voorbereiding op kwalificatie en over verbetermogelijkheden voor het keurmerk.

Als een zorgaanbieder het keurmerk opnieuw aanvraagt nadat eerder het keurmerk bij deze aanbieder is ingetrokken (groep 3), vindt binnen het eerste kwartaal van dat keurmerkjaar een evaluatiegesprek plaats.

4.6 Keurmerk ingetrokken

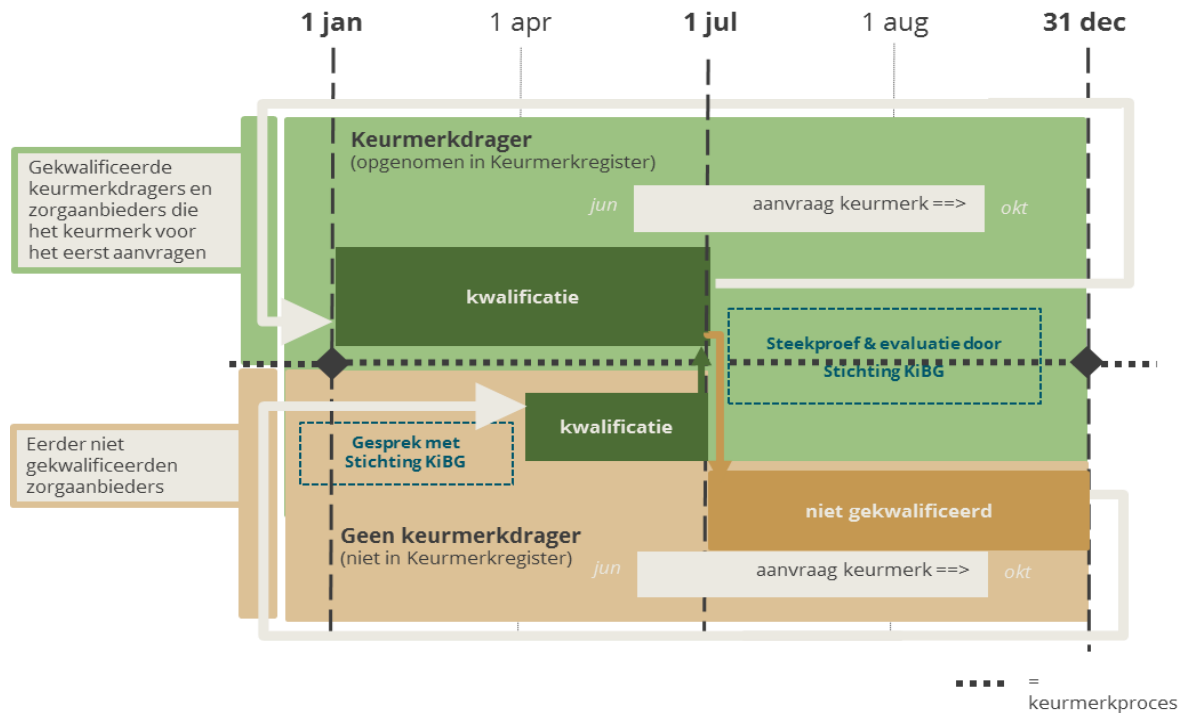
Het keurmerk kan om twee redenen wordt ingetrokken:

Een keurmerkdrager heeft zich niet vóór 1 juli 2016 gekwalificeerd. Als een keurmerkdrager zich niet vóór 1 juli 2016 heeft gekwalificeerd, trekt Stichting KiBG het keurmerk in en vervalt het recht op het dragen van het keurmerk vanaf 1 juli 2016 voor de rest van het jaar. De zorgaanbieder wordt uit het Keurmerkregister gehaald. Uitzondering hierop is dat uit een aangeleverd verbeterplan blijkt dat de verbeteringen binnen afzienbare tijd daarna (max 2 maanden) plaatsvinden. Het keurmerk kan dan per 1 juli worden toegekend.

Bij onterechte kwalificatie. Een keurmerkdrager kan geen informatie aanleveren die de schatting op de normen binnen het thema continu verbeteren bevestigen. Stichting KiBG trekt het keurmerk in. Het recht op het dragen van het keurmerk vervalt vanaf 1 juli 2016 voor de rest van het jaar. De zorgaanbieder wordt uit het Keurmerkregister gehaald. KiBG voert steekproefsgewijs gesprekken met keurmerkdragers. Indien tijdens een gesprek er het vermoeden is van onterechte kwalificatie kan KiBG aan de Commissie van Deskundigen vragen om te adviseren over het wel of niet intrekken van het keurmerk. Bij intrekken van het keurmerk wordt de zorgaanbieder uit het Keurmerkregister gehaald.

Aanbieders bij wie het keurmerk is ingetrokken, kunnen het keurmerk voor het daaropvolgende jaar (2017) tussen juni 2016 en januari 2017 weer aanvragen. Zij hebben de mogelijkheid om begin 2017 zich te kwalificeren voor het Keurmerk Basis GGZ 2017. Met deze zorgaanbieders wordt een evaluatiegesprek gevoerd tussen januari en april (2017) en zij dienen zich eerst te kwalificeren voordat ze worden opgenomen in het Keurmerkregister. Als een zorgaanbieder zich heeft gekwalificeerd wordt de zorgaanbieder vanaf 1 juli 2017 weer keurmerkdrager en opgenomen in het Keurmerkregister. In figuur 1 is het proces van kwalificatie schematisch weergegeven. In het figuur is zichtbaar dat vanaf 2016 het proces cyclisch verloopt, waarbij rekening wordt gehouden met het inkoopproces van zorgverzekeraars.

Figuur 1. Schematische weergave van het kwalificatiebeleid voor het Keurmerk Basis GGZ.



4.7 Kwalificatie toets vanuit Stichting KiBG

De kwalificatie voor het Keurmerk Basis GGZ wordt getoetst op basis van de volgende documentatie:

Volledigheid invullen zelfevaluatie: Stichting KiBG maakt de zelfevaluatie op zodanige wijze dat op alle vragen antwoord moet worden geformuleerd, voordat de vragenlijst door de zorgaanbieder naar KiBG kan worden gestuurd. Daarnaast toetst KiBG of de geüploade bestanden kloppen bij de vraagstelling en of de antwoorden in de open tekstvelden passen bij de vragen van de zelfevaluatie.

Open tekstvelden in zelfevaluatie: Stichting KiBG beoordeelt of de tekst aangeleverd in de open tekstvelden een toelichting bevat waaruit blijkt dat de elementen zoals geformuleerd in de norm terug zijn te vinden.

Website: Stichting KiBG bezoekt de website en beoordeelt of de elementen zoals beschreven in de norm terug zijn te vinden. Er worden geen eisen gesteld aan de vorm of inhoud anders dan in de norm geformuleerd.

Data van beslissingsondersteunende instrumenten: Als de zorgaanbieder gebruik maakt van een beslissingsondersteunend instrument waarmee KiBG afspraken heeft gemaakt over doorlevering van de data dan wordt de data getoetst op aantal afgenomen screenings en op volledigheid. De data wordt vervolgens enkel en alleen gebruikt om de zorgaanbieder te voorzien van spiegelinformatie.

Opleidingsplan / certificaten: Stichting KiBG beoordeelt of in opleidingsplannen /certificaten de elementen zoals beschreven in de norm zijn terug te vinden. Er worden geen eisen gesteld aan de vorm of inhoud anders dan in de norm geformuleerd.

Behandelplan / procesomschrijving: Stichting KiBG beoordeelt of in het behandelplan de elementen zoals beschreven in de norm terug zijn te vinden. Er worden geen eisen gesteld aan de vorm of inhoud anders dan in de norm geformuleerd.

Continu verbeteren: Stichting KiBG toetst het percentage aangeleverde voor- en na-metingen ROM op basis van beschikbare data.

Als de zelfevaluatie en/of de evaluatie gesprekken door Stichting KiBG met de keurmerkdrager aanleiding geven tot een discussie over de kwalificatie voor het keurmerk, kan KiBG de commissie van deskundigheid om advies vragen. Op basis van het advies wordt door het bestuur van Stichting KiBG besloten of de keurmerkdrager zich kwalificeert.

5 Contact

5.1 Klachtenprocedure

Klachten die bij Stichting KiBG binnenkomen worden zorgvuldig behandeld. Klachten kunnen o.a. betrekking hebben op de norm en het proces van kwalificatie. 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.

Stichting KiBG zal zich ervoor inspannen dat klachten zo spoedig mogelijk maar binnen uiterlijk vijf werkdagen, in behandeling worden genomen. Wanneer de zorgaanbieder het niet eens is met een besluit dan kan hiertegen schriftelijk bezwaar worden gemaakt. De zorgaanbieder dient binnen maximaal zes weken nadat het besluit aan de zorgaanbieder bekend is gemaakt, schriftelijk bezwaar te maken bij de Stichting KiBG.

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. Deze rapportage vormt voor de Stichting input voor voorstellen ter aanpassing en verbetering van de norm of het kwalificatieproces.

5.2 Contactgegevens

Voor vragen, opmerkingen en/of suggesties kan contact worden opgenomen met Stichting KiBG via keurmerk.basisggz@kibg.nl / 030 – 303 0079 / Postbus 344 / 4130 EH Vianen,

6. Bijlagen

| Doc. No. | Bijlage titel | Hoe in te zien? |
|----------|---|-----------------|
| 020101 | Statuten KiBG | Opvraagbaar |
| 020102 | Bestuursreglement Stichting KiBG | Opvraagbaar |
| 020201 | Reglement College van Deskundigen | Opvraagbaar |
| 030101 | Thema's en normen Keurmerk Basis GGZ 2016 | Handboek |
| 040101 | Aanmeldingsformulier keurmerk Basis GGZ | Website |
| 040102 | Overeenkomst Keurmerk Basis GGZ | Opvraagbaar |
| 040103 | Keurmerkregister 2016 | Website |
| 040201 | Vragenlijst zelfevaluatie | Opvraagbaar |

040301 Thema's en normen Keurmerk Basis GGZ 2016

Thema – Samenwerking in de keten

Toelichting

Voor begeleiding en behandeling waarbij de cliënt centraal staat, is samenwerking tussen de GBGGZ aanbieder en andere zorgaanbieders in de GGZ-keten een belangrijke voorwaarde. Voor een goede samenwerking is transparantie en duidelijkheid over de werkwijze van en samenwerking tussen de ketenpartners van belang. Door transparantie te stimuleren krijgen ketenpartners en cliënten inzicht in hoe de GBGGZ aanbieder in de keten werkt en wordt ketensamenwerking versterkt. Gedegen ketensamenwerking draagt bij aan eenduidigheid van informatie en continuïteit van het behandeltraject en, daarmee, aan de kwaliteit van zorg aan de cliënt. Kwaliteit van zorg betekent ook dat de cliënt direct de juiste zorg krijgt. De normen in dit thema zijn daarom gericht op samenwerking in de keten en transparantie.

Normen

Norm 1. De GBGGZ aanbieder wisselt voor, tijdens en na de behandeling informatie uit met de verwijzer over de cliënt.

Waarom Gedegen informatie-uitwisseling draagt bij aan eenduidigheid van informatie die cliënten krijgen en aan de continuïteit van het behandeltraject. Goede informatie-uitwisseling draagt bij aan een soepel verloop in de verwijzing naar de GBGGZ aanbieder en terug verwijzing vanuit de GBGGZ aanbieder in de GGZ-keten.

Toetsingsaspecten De GBGGZ aanbieder wisselt informatie uit met de verwijzer:

- Voorafgaand aan de behandeling (bij aanmelding na intake) én
- Bij relevante wijzigingen van behandelplan of behandeldoelen én
- Na afloop van de behandeling (bericht einde behandeling)

Norm 2. De GBGGZ aanbieder heeft een actieve en stimulerende houding richting verwijzers ten aanzien van het inzetten van goedgekeurde beslissingsondersteunende instrumenten voorafgaand aan de behandeling.

Waarom Door de inzet van goedgekeurde beslissingsondersteunende instrumenten wordt op een gestructureerde manier overwogen wat de juiste plaats is om de cliënt te behandelen. De gestructureerde manier van verwijzen biedt ook de mogelijkheid informatie te verzamelen waarmee behandelaren en verwijzers het verwijzingsproces kunnen optimaliseren.

Toetsingsaspecten De GBGGZ aanbieder heeft een actieve houding en stimuleert het gebruik van beslissingsondersteunende instrumenten door minimaal één van onderstaande activiteiten uit te voeren:

met verwijzers af te spreken dat de verwijzer een goedgekeurd beslissingsondersteunend instrument gebruikt

of

zelf gebruik te maken van een goedgekeurd beslissingsondersteunend instrument

of
het vervullen van een ambassadeursrol over het gebruik van
beslissingsondersteunende instrumenten in gesprekken met verwijzers

Norm 3. De GBGGZ aanbieder maakt samenwerking in de keten transparant voor verwijzers en cliënten.

Waarom Voor een goede samenwerking is transparantie over de werkwijze van de ketenpartners onmisbaar. Door transparantie te stimuleren krijgen ketenpartners inzicht in hoe de GBGGZ aanbieder in de keten werkt en wordt ketensamenwerking versterkt. Voor cliënten is inzicht in de werkwijze en samenwerking van belang voor een keuze voor een behandelaar en een juiste verwachting over de behandeling.

Toetsingsaspecten De GBGGZ aanbieder stelt op zijn eigen website informatie over minimaal vier van onderstaande punten beschikbaar:

- welke informatie met de verwijzer voorafgaand, tijdens en na de behandeling wordt uitgewisseld
- welke werkwijze wordt gevolgd
- binnen welke termijn na aanmelding de behandeling wordt gestart
- hoe een behandeltraject is opgebouwd
- welke eHealth toepassingen worden aangeboden
- hoe de ketenprogramma's eruit zien met partners in de regio
- welke preventieve inspanningen onderdeel zijn van de samenwerking in de keten

Thema – Generalistisch Methodisch behandelen

Toelichting

De Generalistische Basis GGZ bestaat sinds 1 januari 2014. Het generalistisch werken in de GGZ is een ander vak dan specialistisch werken. Behandelen volgens methoden in lijn met dit generalistische karakter biedt structuur in de behandeling en vormt een goede basis voor het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de geleverde zorg. In combinatie met de expertise en klinische blik van de behandelaar draagt "Generalistisch methodisch behandelen" bij aan betere zorg voor de cliënt. Daarbij biedt het een transparant behandelkader dat bijdraagt aan betere samenwerking in de keten. In het keurmerk 2015 werd over dit thema gesproken als geprotocolleerd werken.

De verwachting is dat er de komende jaren meer evidence based generalistische behandelmethoden specifiek voor de GBGGZ worden ontwikkeld. Hierbij staan zelfmanagement en zelfregie van de cliënt centraal. De verwachtingen van de cliënt worden vooraf en tijdens de behandeling getoetst. De opleiding en nascholing van behandelaren moet worden aangepast aan de nieuwe generalistische behandelmethoden.

Normen

Norm 4. Alle behandelaren die GBGGZ trajecten leveren zijn of worden getraind in generalistisch methodisch behandelen.

Waarom De Generalistische Basis GGZ bestaat sinds 1 januari 2014. Het generalistisch werken in de GGZ is een ander vak dan specialistisch werken. Training is nodig om dit vak goed uit te oefenen.

Toetsingsaspecten Alle behandelaren die GBGGZ trajecten leveren zijn getraind of worden in 2016 getraind. De GBGGZ aanbieder heeft (al dan niet in een opleidingsplan) inzichtelijk hoeveel van de behandelaren die GBGGZ trajecten kort, middel of intensief bieden, sinds de invoering van de GBGGZ (1 januari 2014) een opleiding hebben gevolgd, volgen en/of gaan volgen in generalistisch methodisch behandelen.

Norm 5. De GBGGZ aanbieder past een generalistische methode toe in alle GBGGZ behandelingen.

Waarom Generalistisch werken is iets anders is dan het bieden van specialistische GGZ. Zelfmanagement en zelfregie van de cliënt staan in de GBGGZ centraal. Op dit moment zijn er nog geen richtlijnen beschikbaar specifiek voor de GBGGZ die gevolgd kunnen worden. Vooruitlopend op de ontwikkeling van richtlijnen, zijn er wel elementen te benoemen die onderdeel dienen uit te maken van een generalistische behandeling.

Toetsingsaspecten De behandelwijze van de GBGGZ aanbieder omvat minimaal vijf van de volgende elementen:

- De behandeling is hulpvraag gericht. De behandelaar formuleert de hulpvraag samen met de cliënt en vervolgens worden met de cliënt haalbare behandeldoelen geformuleerd.

- De behandelaar stelt voorafgaand aan de behandeling een behandelplan op met afspraken over gedeelde regie, verantwoordelijkheid en inspanningen van de cliënt en de behandelaar.
- De behandeling is gericht op het bieden van handvatten aan de cliënt voor het bevorderen van het algemeen functioneren (bijvoorbeeld coping, zelfregie).
- De behandelaar evalueert tussentijds het behandeldoel en de voortgang samen met de cliënt. Hierbij gebruikt de behandelaar de inzichten uit de ROM om effecten van de behandeling te monitoren en te evalueren
- Terugvalpreventie maakt onderdeel uit van de behandeling.
- Afwijken van de behandelwijze kan enkel binnen vooraf gestelde kaders.

Thema – eHealth

Toelichting

Het beeld dat eHealth de potentie heeft om bij te dragen aan goede zorg is breed gedragen in het zorgveld. eHealth is een middel om zelfregie en zelfmanagement van cliënten te vergroten, het biedt mogelijkheden om behandelingen doorlopend (24/7) te ondersteunen en het sluit aan bij behoeften van gebruikers op het gebied van online communicatie. Ook draagt eHealth bij aan uniformiteit, maatwerk en een optimale samenwerking in de GGZ-keten. Om eHealth in de toekomst optimaal te laten aansluiten op de behoefte van de cliënt, is het van belang om de cliënt als 'eigenaar' van zijn gezondheid, behandeling, data en dossier te benaderen. Gezien het potentieel van eHealth wordt het ontwikkelen en het gebruik van eHealth toepassingen gestimuleerd. Daarvoor is het nodig om behandelaren te scholen en eHealth beschikbaar te hebben. Het toepassen van eHealth dient bij alle cliënten te worden overwogen, waarbij de blended werkwijze aan een aantal randvoorwaarden voldoet.

Normen

Norm 6. De GBGGZ aanbieder heeft eHealth toepassingen beschikbaar. Het toepassen van eHealth wordt altijd overwogen, waarbij in een procesbeschrijving de overweging voor het al dan niet toepassen van eHealth geborgd is.

Waarom Gezien het potentieel van eHealth wordt het gebruik van eHealth toepassingen in het keurmerk gestimuleerd: eHealth moet altijd worden overwogen. Met een procesbeschrijving of een overzicht met contra-indicaties kan worden aangetoond dat de GBGGZ aanbieder vooraf nagedacht heeft over het inzetten van eHealth.

Toetsingsaspecten De GBGGZ aanbieder heeft een procesbeschrijving beschikbaar waarin beschreven staat in welke situaties eHealth tijdens een behandeling wordt ingezet, en in welke situatie hiervan wordt afgezien

Norm 7. Behandelaren die GBGGZ trajecten leveren zijn geschoold in de beschikbaarheid en het gebruik van de eHealth toepassing(en) die de GBGGZ aanbieder beschikbaar heeft.

Waarom GBGGZ aanbieders geven aan dat het gebruik van eHealth afhangt van de mate waarin de behandelaar het inzetten van eHealth als toegevoegde waarde ziet. Om het gebruik van eHealth te stimuleren is het nodig om behandelaren te scholen in de mogelijkheden en gebruik van de beschikbare eHealth toepassingen.

Toetsingsaspecten Meer dan 75% van de behandelaren die de GBGGZ trajecten kort, middel of intensief leveren zijn/worden geschoold in de beschikbaarheid en het gebruik van de bij de GBGGZ aanbieder beschikbare eHealth toepassingen. In de scholing komen de volgende elementen aan bod:

- Toepassing en werking van het beschikbare eHealth aanbod /-platform
- Het combineren van eHealth en face-to-face contacten binnen een behandeling.

- Ondersteuning van en motivering in het gebruik van eHealth door de cliënt

Norm 8. De GBGGZ aanbieder biedt blended behandelingen aan waarbij aan een aantal specifieke elementen invulling wordt gegeven.

Waarom Er zijn nog geen richtlijnen beschikbaar voor een blended werkwijze. GBGGZ aanbieders geven aan dat er wel elementen zijn te benoemen die onderdeel dienen uit te maken van blended behandeling. Door het opnemen van deze norm in het keurmerk wordt het toepassen van blended behandelingen ingebed in de GBGGZ.

Toetsingsaspecten De GBGGZ aanbieder besteedt in blended behandelingen aandacht aan minimaal vijf van de onderstaande elementen:

- de GBGGZ aanbieder stimuleert de cliënt in het gebruik van eHealth
- de GBGGZ aanbieder geeft de cliënt uitleg over het doel en het gebruik van de eHealth toepassing
- de behandelaar kiest samen met de cliënt de eHealth toepassing die past bij de behandeling en de wensen van de cliënt
- de behandelaar combineert persoonlijk contact met online interventies
- de behandelaar geeft de cliënt feedback van de interventie (behaalde "resultaten") uit de eHealth toepassing
- de GBGGZ aanbieder draagt zorg dat de informatie uit de eHealth toepassing beschikbaar is voor de cliënt na de behandeling

Thema – Continu verbeteren

Toelichting

De GBGGZ aanbieder richt zich op het leveren van de juiste zorg op het juiste moment, dicht bij de cliënt. Daarvoor is in de organisatie een systematische evaluatie- en verbetercyclus ingericht. Informatie is noodzakelijk om kansen voor verbeteringen te kunnen identificeren. Aan de hand hiervan kunnen concretere inzichten tot verbetering worden geïdentificeerd en geïmplementeerd binnen de behandeling, de organisatie of voor de GBGGZ-sector. Met ROM-metingen wordt het effect van behandelingen transparant gemaakt. Informatie vanuit de ROM-metingen en/of vanuit spiegelrapportages bieden verbeterinzichten die zowel gebruikt kunnen worden op het niveau van de individuele behandelrelatie als op organisatieniveau.

Normen

Norm 9. De GBGGZ aanbieder gebruikt de inzichten uit de ROM om effecten van behandelingen te monitoren en te evalueren.

| | |
|--------|---|
| Waarom | Met ROM-metingen wordt het effect van behandelingen transparant gemaakt. Informatie vanuit de ROM metingen en/of vanuit spiegelrapportages bieden verbeterinzichten die gebruikt kunnen worden in de individuele behandelrelatie en op organisatieniveau. |
|--------|---|

| | |
|-------------------|---|
| Toetsingsaspecten | <ul style="list-style-type: none"> • De GBGGZ aanbieder levert de Minimale Data Set (MDS) aan conform NZa-regelgeving bij SBG of direct bij DIS voor cliënten behandeld in de GBGGZ. De aanlevering omvat ook ROM-metingen, zowel de voor- als de nameting voor minimaal 50% van de cliënten én • De GBGGZ aanbieder gebruikt inzichten uit de ROM meting om de effecten van de behandeling te monitoren en evalueren |
|-------------------|---|

Norm 10. De GBGGZ aanbieder draagt bij aan het ontwikkelen van de GBGGZ sector door, zelfstandig of als betrokkene bij initiatieven en bijeenkomsten, 'generalistisch methodisch behandelen' verder te ontwikkelen.

| | |
|--------|--|
| Waarom | Als keurmerkdrager toont een GBGGZ aanbieder aan dat deze zich extra inzet om de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats te leveren. Keurmerkdragers dragen daarnaast ook bij aan het verder ontwikkelen van de GBGGZ sector. |
|--------|--|

| | |
|-------------------|---|
| Toetsingsaspecten | <p>De GBGGZ aanbieder is betrokken (geweest) bij initiatieven en/of bijeenkomsten die bijdragen aan de ontwikkeling van Generalistisch methodisch behandelen. Bijvoorbeeld via betrokkenheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bij richtlijnontwikkeling • bij activiteiten van het platform dat Stichting Kwaliteit in Basis GGZ biedt • anders, nl ... |
|-------------------|---|

Norm 11. De GBGGZ aanbieder benut inzichten over 'best practices', benchmark- en/of spiegelinformatie om verbeteringen door te voeren in de intake, het zorgproces en/of de organisatie.

Waarom De GBGGZ aanbieder richt zich op het leveren van de juiste zorg, op het juiste moment, dicht bij de cliënt. Benchmark-/spiegelinformatie en best practices ondersteunen GBGGZ aanbieders in het formuleren van verbeterplannen om deze dienstverlening continu te verbeteren en het monitoren van verbeteracties.

Toetsingsaspecten

- De GBGGZ aanbieder analyseert relevante data, of interpreteert inzichten uit benchmark- /spiegelinformatie en best practices over de intake, het zorgproces en de organisatie om te beoordelen of, waar en welke verbeteringen nodig zijn.
- De GBGGZ aanbieder maakt verbeterplannen en/of voert verbeteringen door op basis van de relevante data vanuit de intake, het zorgproces en/of de organisatie