

## Goedgekeurd kwaliteitsstatuut ggz - Instelling format 4.0

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

### I. Algemene informatie

#### 1. Gegevens ggz-aanbieder

Handelsnaam: Stichting Pec ggz  
Hoofd postadres straat en huisnummer: St Gerardusplein 26  
Hoofd postadres postcode en plaats: 5644NG EINDHOVEN  
Website: [www.pecggz.nl](http://www.pecggz.nl)  
KvK nummer: 17192450  
AGB-code 1: 73732908

#### 2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt

Naam: Pieter van Haegenborgh  
E-mailadres: [p.haegenborgh@pecggz.nl](mailto:p.haegenborgh@pecggz.nl)  
Tweede e-mailadres  
Telefoonnummer: 0402463325

#### 3. Onze locaties vindt u hier

Link: <http://www.pecggz.nl/praktisch>

#### 4. Beschrijving aandachtsgebieden/zorgaanbod:

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

Bij Pec ggz kunt u terecht met psychische of psychiatrische problemen. Cliënten die zich aanmelden, geven vaak aan dat ze langdurig last hebben van patronen in hun gedrag en gevoelens, waar ze geen grip op krijgen en die hun leven op verschillende terreinen verstoren. Bijvoorbeeld dat er telkens problemen ontstaan op het werk of in relaties en/of dat ze terugkerend last hebben van heftige emoties, somberheid, angsten, lichamelijke klachten, onzekerheid. Vaak zijn er al eerder contacten geweest met psychologen maar met onvoldoende of tijdelijk resultaat.

Pec ggz richt zich met name op diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, (chronische) depressie, (chronische) angst, dwangstoornissen, (complex) trauma, relatieproblemen bij een psychische stoornis van één of beide partners, identiteitsproblemen. In de wachttijd en op indicatie is e-health mogelijk. Sommige modules zijn "blended", dat wil zeggen dat therapie en e-health worden gecombineerd. Er is oog voor het systeem (partner, familie). Indien wenselijk of noodzakelijk wordt de partner betrokken bij de behandeling. Binnen sommige behandelprogramma's (VERS, MBT, SFT, GIT-PD) wordt het systeem structureel betrokken.

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

Angststoornissen  
Bipolaire stemmingsstoornissen  
Depressieve stemmingsstoornissen  
Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen  
Persoonlijkheidsstoornissen

Restgroep (Dissociatieve stoornissen; Stoornissen in zindelijkheid; Slaap-waakstoornissen; Seksuele disfuncties; Genderdysforie; disruptieve impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen; Parafiele stoornissen; Overige psychische stoornissen; Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie)

Somatische symptoomstoornis en verwante stoornissen

Trauma en stress gerelateerde stoornissen

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

Ja, wij hebben een afdeling hoogspecialistische ggz voor

Angststoornissen

Depressieve stemmingsstoornissen

Persoonlijkheidsstoornissen

Trauma en stress gerelateerde stoornissen

#### **4d. Heeft u nog overige specialismen:**

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

Pecggz biedt zorg aan in afstemming met partners in de omgeving. Er zijn samenwerkingsverbanden met collega-instellingen in de regio voor overleg, kennisoverdracht en om eventuele doorverwijzingen soepel te laten verlopen.

Pecggz zit samen met de belangrijkste zorgverstrekkers binnen de SGGZ voor volwassenen rond de tafel mbt het zogenaamde Platform regionale wachttijden.

Met Apanta GGZ spitst de samenwerking zich toe in een gezamenlijk groepeeranbod.

Met Verum GGZ zijn er lerend netwerk bijeenkomsten.

### **6. Onze instelling biedt zorg aan in:**

Er is sprake van een overgangssituatie waarbij we zowel werken met een onderscheid in generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz als een indeling naar settings van het Zorgprestatie-model. In de toekomst zal het eerste onderscheid komen te vervallen.

:

Setting 2 (ambulant - monodisciplinair) / gespecialiseerde ggz:

Binnen Pec GGZ wordt in deze setting zorg geleverd aan cliënten met enkelvoudige of minder complexe psychische problematiek, waarbij behandeling door één behandelaar passend en toereikend is. De zorg vindt plaats binnen een ambulant kader, met zo nodig laagdrempelige afstemming of consultatie. Regiebehandelaren binnen deze setting zijn GZ-psycholoog, psychotherapeut of psychiater. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor diagnostiek en indicatiestelling en het opstellen van een doelgericht behandelplan. De regiebehandelaar in deze setting is soms maar niet altijd uitvoerend behandelaar. De regiebehandelaar monitort de voortgang en effectiviteit en stelt het behandelplan bij waar nodig ook wanneer er een andere behandelaar betrokken is.

Alle casuïstiek wordt in multidisciplinair overleg (MDO) besproken. De regiebehandelaar bewaakt de samenhang en voortgang van de behandeling en is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en continuïteit van zorg. De behandeling is gericht en afgebakend, met inzet van evidence-based interventies. Er wordt gewerkt volgens geldende zorgstandaarden en professionele richtlijnen

Er vindt structureel (dagelijks) MDO plaats waarin de voortgang, effectiviteit en eventuele bijstellingen van het behandelplan worden besproken.

Indien nodig vindt opschaling plaats naar setting 3 waarbij aanvullende expertise betrokken wordt.

Setting 3 (ambulant - multidisciplinair):

Binnen Pecggz wordt zorg geleverd aan cliënten met complexe en/of meervoudige psychische problematiek. De behandeling vindt plaats binnen een multidisciplinair georganiseerd zorgproces, waarbij meerdere disciplines betrokken zijn en er structureel wordt samengewerkt.

Regiebehandelaren zijn psychiater, psychotherapeut en/of gz-psycholoog. Zij zijn verantwoordelijk voor diagnostiek en indicatiestelling en het opstellen van een inhoudelijk onderbouwd behandelplan.

Alle casuïstiek wordt in multidisciplinair overleg (MDO) besproken. De regiebehandelaar bewaakt tevens de samenhang en voortgang van de behandeling. De regiebehandelaar zorgt voor afstemming tussen betrokken behandelaren en is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en continuïteit van zorg.

Er vindt structureel (dagelijks) MDO plaats waarin de voortgang, effectiviteit en eventuele bijstellingen van het behandelplan worden besproken.

De behandeling wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team met inzet van verschillende behandelvormen (o.a. psychotherapie, farmacotherapie waar geïndiceerd, en vaktherapie). Er wordt gewerkt volgens geldende zorgstandaarden en professionele richtlijnen.

## **7. Structurele samenwerkingspartners**

Stichting Pec ggz werkt ten behoeve van de behandeling en begeleiding van cliënten samen met (beschrijf de functie van het samenwerkingsverband en wie daarin participeren (vermeldt hierbij NAW-gegevens en website)):

Pec ggz is opgericht in 1990 als een samenwerkingsverband van BIG-geregistreerde psychotherapeuten, psychiaters, GZ- en eerstelijnspsychologen. In 2005 is dit uitgegroeid tot een erkende instelling voor tweedelijnszorg, later specialistische zorg, binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Pec ggz heeft de ambitie om een organisatie te realiseren met een inhoudelijk hoogwaardig zorgaanbod binnen een bewust kleinschalige en dynamische setting. Een gedegen, persoonlijke benadering staat hoog in het vaandel. Er wordt gestreefd naar een cultuur van respect en zorgvuldigheid, waarin het gesprek wordt aangegaan met de persoon achter de klachten.

Er zijn nauwe samenwerkingsverbanden met collega-instellingen in de regio voor overleg, kennisoverdracht en om eventuele doorverwijzingen soepel te laten verlopen.

Met de volgende partners is er, naast een samenwerkingsverband, op regelmatige basis een inhoudelijk overleg, waarin patiëntenstromen en verwijzingen besproken worden en het zorgaanbod op elkaar wordt afgestemd: Apanta (<https://www.apanta-ggz.nl>).

Een goede samenwerking is door de jaren heen ontwikkeld met onze vaste ketenpartners: de regionale verenigingen van de huisartsen DOH en SGE, met in toenemende mate de respectievelijke POH-GGZ; Impegno, de GGZ Eindhoven en in het bijzonder centrum P en de crisisdienst; de PAAZ van het Catharinaziekenhuis en van het MMC.

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

### **8. Lerend netwerk**

Stichting Pec ggz geeft op de volgende manier invulling aan het lerend netwerk van indicierend en coördinerend regiebehandelaren. Indien u een kleine zorgaanbieder bent (2 -50 zorgverleners (categorie 2)), dient u ook aan te geven met.

Verum GGZ ([ggzverum.nl](http://ggzverum.nl))

Er zijn jaarlijks twee bijeenkomsten waarbij regiebehandelaren van beide praktijken samen komen om ervaringen uit te wisselen en kennis over te dragen. Daarnaast bestaat er de mogelijkheid (waar regelmatig gebruik van wordt gemaakt) voor tussentijdse consultatie.

## 9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

Stichting Pec ggz ziet er als volgt op toe dat:

### 9a. Zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn:

Hoofddoelstelling van het kwaliteitsbeleid van Pec ggz is verbeteren van de kwaliteit van zorg, d.w.z. van de mate waarin zorg cliëntgericht, doelmatig en doeltreffend wordt verleend. Het bevorderen en bewaken van die kwaliteit is een taak voor alle betrokkenen, zowel de beroepsbeoefenaren als de zorginstellingen en andere organisaties of verbanden waarin zij werkzaam zijn.

Drie wetten, elk met verschillende invalshoeken, bieden daarvoor regels:

de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) beoogt waarborgen voor een betere rechtsbescherming van de patiënt te bieden en verplicht de beroepsbeoefenaar tot 'het verlenen van zorg als een goed hulpverlener';

de Kwaliteitswet Zorginstellingen handelt over 'verantwoorde zorg' die in elk geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht moet zijn;

de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) stelt eisen aan de beroepsuitoefening.

De Wet BIG is in december 1997 in werking getreden en heeft tot doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van beroepsbeoefenaren. Om dit te kunnen realiseren regelt de Wet BIG de volgende zaken:

handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg mogen door iedereen verricht worden met uitzondering van de zogenoemde 'voorbehouden handelingen' (handelingen die, indien verricht door een ondeskundige, tot onaanvaardbare risico's voor de patiënt kunnen leiden);  
wettelijke titelbescherming voor beroepen die genoemd worden in artikel 3 en 34 van de Wet BIG, zijnde:

artikel 3 beroepen: (tand)artsen, apothekers, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, verloskundigen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten;

artikel 34 beroepen: apothekersassistenten, diëtisten, ergotherapeuten, logopedisten, mondhygiënist, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten Mensendieck, orthoptisten, podotherapeuten, radiodiagnostisch laboranten, radiotherapeutisch laboranten, tandprotheticus, verzorgende individuele gezondheidszorg (zodra erkend; augustus 1999 wettelijke erkenning in eindfase van behandeling).

Registratie van in artikel 3 genoemde beroepsbeoefenaren;

Tuchtrecht voor de beroepsbeoefenaren die onder artikel 3 vallen.

Zoals de meeste wetten is de Wet BIG een kaderwet. Zorgaanbieders dienen op basis van dit kader beleid te formuleren zodat aan de wettelijke verplichtingen voldaan kan worden.

Het is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de medewerker zelf om zijn bekwaamheid op peil te houden en zich te laten toetsen. Desalniettemin moet de organisatie de medewerker in de gelegenheid stellen zijn bekwaamheid te onderhouden en te laten toetsen. De werkgever heeft hierin een bewakende rol. In het Jaargesprek wordt elke drie jaar gecontroleerd of sprake is van herregistratie.

Bestuursleden zullen in de jaargesprekken met medewerkers de toetsing in het kader van de Wet BIG aan de orde stellen. Verantwoorde zorg kan immers alleen gegeven worden als dit door bekwame hulpverleners gebeurt.

### 9b. Zorgverleners volgens kwaliteitsstandaarden, zorgstandaarden en richtlijnen handelen:

De organisatie bij Pec ggz is zodanig opgezet dat zorgvuldig handelen een sine-qua-non is. Er is sprake van een kleinschalige organisaties, met korte lijnen, waardoor intern overleg tussen (regie-)behandelaren soepel verloopt en zorg op maat kan geleverd worden. Er is een relatief groot aantal regiebehandelaren aanwezig die betrokken worden aan de voordeur en op de belangrijke schakelmomenten in een therapeutisch proces (intake/evaluatie/afsluiting/eventuele impasses of

crisis). Iedere dag vindt een multidisciplinair overleg plaats, waaraan minimaal een regiebehandelaar deelneemt. De aangeboden behandelingen vinden grotendeels plaats middels evidence-based methodieken. Voor de belangrijkste diagnostische groepen zijn zorgpaden aanwezig die opgesteld zijn conform de "state of the art". Alle regiebehandelaren zijn lid van een erkende specialistische psychotherapeutische vereniging; een aantal onder hen zijn tevens opleider.

### **9c. Zorgverleners hun deskundigheid op peil houden:**

Binnen Pec ggz ligt de lat voor deskundigheid hoog. Er wordt gestreefd naar een cultuur waarin, binnen een veilige context, de kwaliteit van de zorg centraal staat. De organisatie is zodanig opgebouwd dat er veel ruimte en aanmoediging is voor multidisciplinair overleg. Iedere dag is er een MDO met de aanwezige teamleden, waarbij minimaal een regiebehandelaar aanwezig is.

Wekelijks vindt er een intervisie plaats. Iedere maand zijn er, alternerend, beleidsvergaderingen of referaten gepland. Twee keer per jaar vindt een avondreferaat plaats waarbij interne of externe sprekers gevraagd worden.

Pecggz is lid van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen (<http://www.kenniscentrump.nl/>), een netwerk dat bestaat uit professionals uit de geestelijke gezondheidszorg, cliënten, naastbetrokkenen en onderzoekers en verschillende podia vormt, waardoor de kennis en expertise op het gebied van persoonlijkheidsproblematiek verbreed en verspreid wordt.

Pec ggz is een opleidingsinstituut. Momenteel is er een erkenning zowel voor de opleiding tot psychotherapeut. Dit draagt bij aan een klimaat waarin oud en jong veel van elkaar kunnen leren. Voor alle werknemers is een opleidingsbudget voorzien.

## **10. Samenwerking**

### **10a. Samenwerking binnen uw organisatie en het (multidisciplinair) overleg is vastgelegd en geborgd in het professioneel statuut (kies een van de twee opties):**

Ja

### **10b. Binnen Stichting Pec ggz is het (multidisciplinair) overleg en de informatieuitwisseling en -overdracht tussen regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren als volgt geregeld:**

Er vindt iedere werkdag een MDO plaats, waarbij minstens één regiebehandelaar aanwezig is. De overlegstructuur is zo opgesteld dat iedere behandelaar minimaal één keer per week samen kan zitten met iedere regiebehandelaar. Aan het MDO nemen regiebehandelaren (psychiater, psychotherapeut, GZ psycholoog) en behandelaren van verschillende disciplines (psycholoog, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, psychomotore therapeut, maatschappelijk werk, systeemtherapeut, SPV, creatief therapeut, psycholoog in opleiding tot psychotherapeut, psycholoog in opleiding tot GZ psycholoog) deel. De conclusies van het MDO worden opgenomen in het EPD.

### **10c. Stichting Pec ggz hanteert de volgende procedure voor het op- en afschalen van de zorgverlening naar een volgend respectievelijk voorliggend echelon:**

Pec ggz doet voornamelijk behandelingen binnen de Specialistische GGZ. De verwijzingen lopen meestal via de huisarts en POH. Binnen een paar weken na de aanmelding vindt een eerste telefonische screening door de psychiater plaats, om te onderzoeken of de aanmelding voor een ambulante behandeling binnen de SGGZ terecht is. Dit om te voorkomen dat patiënten lang moeten wachten voor een eerste gesprek om dan te horen te krijgen dat ze niet op de juiste plek zitten. In dat screeningsgesprek wordt onder andere getoetst naar resultaten van eerdere behandelingen en wordt gecheckt of patiënten tijdens hun wachttijd ergens terecht kunnen, bvb bij de POH.

In de weken voorafgaand aan het eerste intakegesprek, het "spreekuur", worden een aantal vragenlijsten opgestuurd, waaronder de triagetest Telescreen, waarmee een eerste indruk van zorgzwaarte wordt gesteld. Deze zorgzwaarte wordt klinisch getoetst door de regiebehandelaar die het spreekuur doet, en verder uitgewerkt door de therapeuten die de intake verder uitvoeren.

Binnen de intakeprocedure wordt standaard onderzoek gedaan naar de persoonlijkheidsstructuur middels een semi-gestructureerd interview (de STIP).

In de loop van de behandelingen wordt de therapie regelmatig geëvalueerd en besproken in het

MDO. Een afschaling naar een traject binnen de G-GGZ kan plaatsvinden in de afrondende fase of wanneer er sprake is van terugvalpreventie en "opfrissing" van het geleerde.

**10d. Binnen Stichting Pec ggz geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de volgende escalatieprocedure:**

Pec ggz is een kleinschalige en vrij horizontale organisatie. De bij een zorgproces betrokken regiebehandelaar en behandelaten zitten minimaal één keer per week samen rond de tafel bij een MDO. Aan dat overleg nemen ook andere deskundige (regie-)behandelaren deel. Bij een verschil van inzicht tussen behandelaren neemt de regiebehandelaar de eindbeslissing. Indien er een meningsverschil blijft bestaan tussen de aanwezige regiebehandelaren wordt dit besproken in de (wekelijkse) intervisie. Uiteindelijk kan de Raad van Bestuur intervenieren en de knoop doorhakken.

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

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

Ja

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

Ja

**11c. Ik gebruik de privacyverklaring als de cliënt zijn diagnose niet kenbaar wil maken aan zijn zorgverzekeraar/ NZA:**

Ja

## **12. Klachten en geschillenregeling**

**12a. Cliënten kunnen de klachtenregeling hier vinden:**

Link naar klachtenregeling: <http://www.pecggz.nl/praktisch>

**12b. Cliënten kunnen met geschillen over een behandeling en begeleiding terecht bij**

Naam geschilleninstantie waarbij instelling is aangesloten: Klachtenportaal Zorg.  
Contactgegevens: <https://klachtenportaalzorg.nl>

**De geschillenregeling is hier te vinden:**

Link naar geschillenregeling: <https://klachtenportaalzorg.nl>

## **III. Het zorgproces - het traject dat de cliënt in deze instelling doorloopt**

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

Cliënten vinden informatie over wachttijden voor intake en behandeling en begeleiding via deze link of document (en kunnen deze telefonisch opvragen). De informatie is –indien het onderscheid van toepassing is– per zorgverzekeraar en per diagnose.

Link naar wachttijden voor intake en behandeling: <https://www.pecggz.nl/#wachttijd>

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

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

Om aan te melden vult de patiënt het digitale inschrijfformulier in.

Verder is er altijd een verwijzing nodig van een (huis)arts en vragen wij om in een motivatiebrief zelf aan te geven waarvoor hij/zij hulp zoekt en waarom hij/zij denkt dat behandeling bij Pec ggz aangewezen is. Na ontvangst van het inschrijfformulier, de motivatiebrief en de verwijfsbrief wordt de aanmelding in behandeling genomen.

Binnen een paar weken na de aanmelding vindt een eerste telefonische screening door de psychiater plaats, om te onderzoeken of de aanmelding voor een ambulante behandeling binnen de SGGZ terecht is. Dit om te voorkomen dat patiënten lang moeten wachten voor een eerste gesprek om dan te horen te krijgen dat ze niet op de juiste plek zitten. In dat screeningsgesprek wordt onder andere getoetst naar resultaten van eerdere behandelingen en wordt gecheckt of patiënten tijdens hun wachttijd ergens terecht kunnen, bvb bij de POH.

In de weken voorafgaand aan het eerste intakegesprek, het "spreekuur", worden een aantal vragenlijsten opgestuurd, waaronder de triagetest Telescreen, waarmee een eerste indruk van zorgzwaarte wordt gesteld. Het spreekuur wordt altijd uitgevoerd door een regiebehandelaar. Dit is een psychiater, psychotherapeut of een GZ-psycholoog. Tijdens dit gesprek wordt ingegaan op de klachten, de eigen visie op de problemen, de verwachtingen van behandeling en of de hulpvraag aansluit bij het aanbod van Pec ggz. Tevens wordt een inschatting gemaakt of de klachten binnen de generalistische of specialistische GGZ behandeld kunnen worden en welke therapeut het beste bij u past. Indien tijdens het gesprek blijkt dat Pec ggz niet de aangewezen plek is, bespreken we waarom en wat alternatieven kunnen zijn. De zorgzwaarte wordt klinisch getoetst door de Regiebehandelaar die het spreekuur doet, en verder uitgewerkt door de therapeuten die de intake verder uitvoeren. Binnen de intakeprocedure wordt standaard onderzoek gedaan naar de persoonlijkheidsstructuur middels een semi-gestructureerd interview (de STIP).

**14b. Binnen Stichting Pec ggz wordt de cliënt doorverwezen naar een andere zorgaanbieder met een passend zorgaanbod of terugverwezen naar de verwijzer –indien mogelijk met een passend advies- indien de instelling geen passend aanbod heeft op de zorgvraag van de cliënt:**

Ja

## **15. Indicietelling**

Beschrijf hoe de intake/probleemanalyse en indicatiestelling binnen Stichting Pec ggz is geregeld (hoe komt de aanmelding binnen, hoe komt de afspraak met de cliënt voor de intake tot stand, wie is in de intakefase de regiebehandelaar en hoe komt die beslissing tot stand (afstemming met cliënt), waaruit bestaan de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar bij het stellen van de diagnose): Indien hij/zij voor specialistische GGZ wordt verwezen, ontvangt de patiënt na het spreekuur een uitnodiging voor twee intake/onderzoeksgesprekken en een adviesgesprek. Soms wordt er aanvullend testonderzoek gedaan.

Het spreekuur wordt altijd uitgevoerd door een regiebehandelaar. Die persoon is de indicierend regiebehandelaar. Na het spreekuur stelt de regiebehandelaar de beschrijvende diagnose en het zorgvraagtype vast. Bij de intake gaat u verder in op uw hulpvraag, klachten, persoonlijke situatie en levensverhaal. Meestal zal u worden gevraagd om uw levensverhaal te schrijven. In het tweede intakegesprek wordt de STIP afgenomen, een door het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen ontwikkeld diagnostisch interview ter beoordeling van de persoonlijkheidsstructuur. Na deze onderzoeksfase bespreken de indicierend regiebehandelaar en de intaker, samen met het multidisciplinaire team, welke behandelmogelijkheden er zijn en welke het meest geschikt wordt/worden geacht. Dit wordt vervolgens in een adviesgesprek met de patiënt besproken. In een behandelplan wordt dan in samenspraak opgeschreven wat er aan de hand is (diagnose), wat de therapiedoelen zijn en op welke manier er gewerkt gaat worden. Als de patiënt het met ons team eens is over het behandelplan dan kan de behandeling starten en wordt de huisarts hierover schriftelijk ingelicht, na expliciete toestemming hiervoor door de patiënt.

Mocht de patiënt na diagnostiek en intake niet direct in behandeling kunnen genomen worden is de indicierend regiebehandelaar de eerstverantwoordelijke zorgverlener in de tussenliggende periode.

## **16. Behandeling en begeleiding**

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

Bij specialistische GGZ

Na het spreekuur door de indicierend regiebehandelaar volgt de intake bij een andere regiebehandelaar of bij een behandelaar..

Na (een of) twee intakegesprekken wordt de cliënt besproken in het MDO, in aanwezigheid van de indicierend regiebehandelaar, en wordt er een indicatie voor therapie gesteld.

Na het bespreken van de indicatiestelling in het MDO wordt er in het adviesgesprek een terugkoppeling gegeven aan de cliënt over de (beschrijvende) diagnose en een of meerdere passende therapieën.

Als er overeenstemming (Shared Decision Making) bereikt wordt over wat er aan de hand is, over de doelstelling en de therapie kan dat na het adviesgesprek in een Behandel Overeenkomst worden opgesteld door de intaker, en wordt voorgelegd aan de regiebehandelaar ter ondertekening. Deze behandelovereenkomst wordt dan in het eerstvolgende gesprek, bij het begin van de behandeling, aan de cliënt voorgelegd ter ondertekening.

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

Bij Pec ggz worden behandelingen binnen de gespecialiseerde ggz gegeven vanuit multidisciplinaire teams. Er is altijd een psychiater, GZ-psycholoog of psychotherapeut lid van een multidisciplinair team. Verder gelden bij het bepalen van de regiebehandelaar in de gespecialiseerde ggz de volgende uitgangspunten:

\* Bij de intake legt Pec ggz vast wie verantwoordelijk is voor de patiënt en wie als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en aanvang van de behandeling. Dit is in deze fase de regiebehandelaar. Als blijkt dat behandeling in de gespecialiseerde ggz niet is aangewezen, dan wordt de patiënt/cliënt doorverwezen naar de generalistische basis-ggz of terugverwezen naar de verwijzer.

\* Voor alle categorieën patiënten in de gespecialiseerde ggz geldt dat daarvoor de psychiater de GZ-psycholoog en de psychotherapeut altijd als regiebehandelaar kunnen fungeren.

Specifieke taken van de regiebehandelaar binnen de gespecialiseerde ggz zijn:

\*De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het intakeproces, draagt zorg voor het (doen) stellen van de diagnose, bepaalt het zorgvraagtype en stelt samen met de patiënt een (voorlopig) behandelvoorstel op. De regiebehandelaar heeft hiervoor direct contact (ook beeldbellen) met de patiënt. Blijkt tijdens de intake alsnog dat behandeling in de gespecialiseerde ggz niet is aangewezen, dan draagt de regiebehandelaar er zorg voor dat de patiënt wordt doorverwezen naar de generalistische basis-ggz of wordt terugverwezen naar de huisarts. Als delen van het intake-/diagnostische proces door anderen dan de regiebehandelaar worden verricht, moet de regiebehandelaar via direct contact (ook beeldbellen) met de patiënt bij de beoordeling betrokken zijn.

\*De regiebehandelaar er zorg voor dat de intakegegevens en het (voorlopige) behandelvoorstel worden besproken in het multidisciplinair team.

\*De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat besluitvorming op cruciale momenten in de behandeling plaatsvindt en in het multidisciplinair team wordt afgestemd en getoetst. Dit is altijd, maar niet limitatief: wijziging behandelplan, ontslag, (dreigende) crisis. De regiebehandelaar ziet er tevens op toe dat de patiënt hierbij betrokken is en dat de beslissing met betrekking tot het beleid wordt vastgelegd.

De behandelaar in de gespecialiseerde ggz die geboden wordt door Pec ggz handelt in overeenstemming met de voor hem geldende professionele (wetenschappelijke) standaard. Hij voert zijn aandeel in de behandeling uit zoals vooraf vastgelegd in het individuele behandelplan, het zorgprogramma en/of zoals deze voortvloeien uit de wet- en regelgeving. Hij ontleent zijn

verantwoordelijkheid aan het deskundigheidsgebied waarvoor hij is opgeleid. Hij is gehouden zijn deskundigheid en bekwaamheid op peil te houden dan wel uit te breiden, zodanig dat hij voldoet aan de eisen die in redelijkheid aan hem als hulpverlener mogen worden gesteld. Intervisie en supervisie zijn hierbij essentiële instrumenten. Specifieke taken en verantwoordelijkheden van de behandelaar in de gespecialiseerde ggz:

\*De behandelaar geeft binnen het kader van het behandelplan zelfstandig uitvoering aan (delen van) het behandelplan.

\*De behandelaar is verantwoordelijk voor het eigen handelen.

\*Hij voorziet de regiebehandelaar regelmatig en op tijd van relevante informatie, zodat deze zijn verantwoordelijkheden kan waarmaken.

\*Hij volgt aanwijzingen van de regiebehandelaar op voor zover deze verenigbaar zijn met zijn/haar eigen deskundige oordeel en meldt expliciet bij de regiebehandelaar wanneer hij geen gevolg geeft aan diens aanwijzingen.

\*Bij afsluiting van zijn deel van de behandeling stelt hij de regiebehandelaar daarvan in kennis.

Wanneer er sprake is van een verschil van mening of inzicht met de regiebehandelaar over de te volgen behandeling van een patiënt/cliënt, kan de behandelaar een beroep doen op de door de zorgaanbieder opgestelde escalatieprocedure.

**16c. De voortgang van de behandeling wordt binnen Stichting Pec ggz als volgt gemonitord (zoals voortgangsbespreking behandelplan, evaluatie, vragenlijsten, ROM):**

\*Na intake wordt indicatiestelling besproken in MDO en behandelplan opgesteld samen met patiënt

\*in het behandelplan wordt de evaluatie vastgelegd, na x aantal sessies, afhankelijk van zorgpad.

\*Beginmeting van de ROM (SIPP) gebeurt voor het eerste gesprek.

\*Om de zes maanden wordt de ROM herhaald en wordt er ook een meetinstrument ingevuld om de therapeutische relatie te bespreken (WAV). De resultaten worden door de (regie-)behandelaar besproken met de patiënt.

\*Iedere drie maanden (GGGZ) en zes maanden (SGGZ) vindt een voortgangsbespreking plaats. Daarin wordt de ROM, de WAV en de evaluatie meegenomen. Deze bespreking wordt teruggekoppeld in het MDO aan de coördinerend regiebehandelaar.

\*Iedere twaalf maanden vindt er een evaluatiegesprek met de regiebehandelaar plaats.

\*De voortgang van de behandeling kan ook besproken worden in de (tweewekelijkse) intervisie.

\*Na de laatste evaluatie wordt de eindmeting ROM afgenomen en wordt gepeild naar de tevredenheid middels de CQ-GGZ-VZ-AKWA.

**16d. Binnen Stichting Pec ggz reflecteert de regiebehandelaar samen met de cliënt en eventueel zijn naasten de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling en begeleiding als volgt(toelichting op wijze van evaluatie en frequentie):**

Zoals gesteld in 16c vinden er iedere zes maanden ROM-metingen plaats, middels de SIPP. De uitkomsten hiervan worden besproken binnen het MDO in aanwezigheid van de regiebehandelaar en, evenals de evaluaties, met de patiënt. Indien nodig volgt hierop de aanpassing van het behandelplan. De coördinerend regiebehandelaar monitort en organiseert zo nodig extra reflectiemomenten. Indien blijkt dat de behandeling niet meer passend is zal de coördinerend regiebehandelaar het behandelplan bijstellen of overdragen, in afstemming met patiënt en eventueel met de indicierend regiebehandelaar.

**16e. De tevredenheid van cliënten wordt binnen Stichting Pec ggz op de volgende manier gemeten (wanneer, hoe):**

De tevredenheid van de patiënt wordt gemeten na afsluiten van de behandeling. Hiertoe wordt een digitale vragenlijst, de CQ-GGZ-VZ-AKWA, naar het mailadres van de betrokken gestuurd. De globale resultaten van het tevredenheidsonderzoek worden jaarlijks bekeken en besproken binnen de Raad van Toezicht en de cliëntenraad.

## **17. Afsluiting/nazorg**

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

Mits expliciete toestemming van de patiënt wordt na afsluiten van de behandeling de verwijzer - meestal de huisarts- geïnformeerd over het beloop van de therapie en de resultaten. In deze brief, die valt onder de verantwoordelijkheid van de coördinerend regiebehandelaar, wordt een advies overgemaakt aan de huisarts over een eventuele doorverwijzing, over een mogelijke rol van de POH-GGZ of over hoe te handelen bij een eventuele terugval.

Wanneer patiënt aangegeven heeft bezwaar te hebben tegen informeren van verwijzer zal dit bezwaar gerespecteerd worden. Een aantekening hiervan en een beknopt overzicht van de therapie zal worden opgenomen in het EPD.

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

Na afsluiting van de behandeling binnen Pec ggz is de huisarts het eerste aanspreekpunt bij crisis of dreigende terugval. Hij is geïnformeerd over een mogelijke handelwijze.

Wanneer de (dreigende) terugval gebeurt binnen een jaar na afsluiten van de therapie kan patiënt een beroep doen op zijn (regie)behandelaar binnen Pec ggz. Er zal dan geïnventariseerd worden wat er nodig is. Vaak zijn enkele (booster)gesprekken voldoende.

## **IV. Ondertekening**

**Naam bestuurder van Stichting Pec ggz:**

E.A. Leemhuis, gz-psycholoog/psychotherapeut

**Plaats:**

Eindhoven

**Datum:**

18-03-2026

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

Ja

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

Een afschrift/kopie van het binnen de instelling geldende kwaliteitscertificaat (HKZ/NIAZ/JCI en/of ander keurmerk);

Zijn algemene leveringsvoorwaarden;

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