

Kwaliteitshandboek Praktijk InTeam B.V.

Conform kwaliteitsnorm HKZ Zorg & Welzijn

Door: Praktijk InTeam B.V, Kwaliteitscommissie

*Het copyright en auteursrecht zijn expliciet voorbehouden aan Praktijk InTeam.
Ter beschikking stellen aan derden kan slechts met goedkeuring van Praktijk InTeam.*

Inleiding

Organisatiegroei- en landelijke ontwikkeling en gewijzigde wet- en regelgeving (zoals het Zorgprestatie-model, en het nieuwe Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ 4.0), hebben ertoe geleid dat het bestaande kwaliteitshandboek van Praktijk InTeam B.V. (verder: PIT) aan een update toe was.

Vanuit het bestuur bestond bij de vorige versie al de behoefte aan meer structuur en de borging van kwaliteit binnen elk bedrijfsproces van PIT. Ook in deze vernieuwde versie van het Kwaliteitshandboek is daarom qua opbouw aangesloten bij de bedrijfsprocessen die binnen PIT zijn te onderscheiden. Dit geeft meer inzicht en structuur, waardoor de kwaliteit over de gehele linie beter kan worden gemonitord en naar een hoger niveau gebracht.

Dit Kwaliteitshandboek dient als basis voor de goede gang van zaken binnen PIT. Het handboek is van toepassing op eenieder die werkzaam is binnen PIT (zowel intern als extern personeel), dan wel met een zelfstandige psychologische praktijk voor een deel van de werkzaamheden is aangesloten bij PIT

Het kwaliteitsbeleid wordt gevoerd vanuit het Bestuur/Directie en de input van de leden van de hieruit Kwaliteitscommissie. Op dit moment wordt de kwaliteitscommissie binnen PIT gevormd door:

- W. den Heijer (Bestuurder/ Directeur), aandachtsgebied: Financieel en Strategisch Beleid;
- E. Westenberg (Manager Beleid en Externe Relaties), aandachtsgebied Beleid, Externe contacten, Zorgverzekeraars, Dependances;
- J. Huveneers (Manager Behandelzaken), aandachtsgebied Zorg en Leidinggevende behandelaren;
- E. Façee-Schaeffer (Directieondersteuner), aandachtsgebied Ondersteunende Diensten
- C. van der Ven (extern Jurist), aandachtsgebied Juridisch, Wet- en Regelgeving.



Inhoudsopgave

Bladzijde

1. Bestuur en beleid

1.1. Missie en Visie	5
1.2. Strategie	5
1.3. Prestatie-indicatoren	8
1.4. Normen en Waarden	8
1.5. Organisatiestructuur	9
1.6. Medezeggenschap en toezicht	9
1.7. Belanghebbenden	10
1.8. Wet- en regelgeving	10
1.9. Risicomanagement	10

2. Primair proces

2.1. Doelgroep	12
2.2. Mono- versus Multidisciplinaire SGGZ	13
- Zorgvraagzwaarte (ZVT, HONOS)	
- Eisen setting 2 Monodisciplinaire en setting 3 Multidisciplinaire SGGZ	
2.3. Regiebehandelaar en inzet KWS	15
2.4. Verwijzingen	18
2.5. Pre-screening	18
2.6. Intake	19
- Kindcheck	
- MDO na Intake	
- Afronding Intakefase	
2.7. Behandeling	20
- Behandelplan (BHP)	
- Behandelinhoud	
- Crisissignaleringsplan (CSP)	
- Medicatie-overzicht	
- Afronding Behandeling	
- Evaluaties/ MDO	
2.8. Ervaringen van patiënten	23
2.9. Meldingen van complicaties, incidenten en calamiteiten	23
2.10. Klachtenafhandeling	23
2.11. Naastenbeleid	24

3. Personeel

3.1. Werving & Selectie	25
3.2. Instroom	26
3.3. Doorstroom	27
3.4. Uitstroom	28
3.5. Opleiding/registraties	28
3.6. Scholingsplan	29



3.7. HR-Cyclus	29
3.8. Personeel	31
4. Inkoop	
4.1. Ondersteunende dienstverleners	33
5. Dependances/ ZZP Regiebehandelaren	37
6. Communicatie & Marketing	
6.1 Marktonderzoek	39
6.2 Informatie-uitwisseling	39
7. Facilitair	
7.1 Onderhoud en huishouding	41
7.2 RI&E	41
8. Financiële administratie	43
9. ICT	44
10. Evaluaties en verbetermaatregelen	
10.1. Kwartaalrapportage	46
10.2. Kwaliteitsdoelen	46
10.3. Interne Audit	46
10.4. Verbetermaatregelen (PDCA-cyclus)	46
10.5. Systeembeoordeling	47
10.6. Kwartaaloverleg Directie/ MT	47
Bijlage A Belanghebbenden	48

1. Bestuur en beleid

1.1 Missie en visie

Missie

Praktijk InTeam stelt zich als missie laagdrempelige ambulante psychologische en psychiatrische diagnostiek en behandeling te bieden voor de Common Mental Disorders in de monodisciplinaire en multidisciplinaire Gespecialiseerde GGZ, met zo min mogelijk uitsluitingscriteria, met een korte wachttijd en gericht op *Herstel* en op *Duurzame verandering*.

Visie

Onze visie is dat alle volwassenen van jong tot oud lijdende aan een angst- of stemmingsstoornis, aan een neurobiologische ontwikkelingsstoornis (ADHD, ASS) of aan een persoonlijkheidsstoornis los van culturele achtergrond, geloofsovertuiging, seksuele voorkeur, moeten kunnen beschikken over betaalbare, toegankelijke, psychotherapeutische en/ of psychiatrische zorg. Psychotherapeutische en psychiatrische zorg van een hoge kwaliteit, voldoende aan de wetenschappelijke richtlijnen en standaarden en met voor iedereen zichtbare resultaten gedurende de behandeling en na het afronden van de behandeling.

Wij geloven in de **eigen regie van de patiënt**: de behandeling wordt vormgegeven in samenspraak met de patiënt en met diens Naasten. De patiënt en zijn/ haar Naasten worden meegenomen in het zorgproces en in de besluitvorming ten aanzien van de behandelinzet.

5

Praktijk InTeam (PIT) biedt psychiatrische en psychologische zorg ongeacht de financiële positie van patiënten. PIT vraagt daarom ook indien het een niet-gecontracteerde zorgverzekeraar betreft geen eigen bijdrage aan patiënten.

De organisatiestructuur van PIT is zo opgezet dat het ondersteunend is voor de laagdrempelige, kwalitatief hoogwaardige zorg, met korte wachttijden. Wij geloven in een zoveel mogelijk platte organisatie, met korte lijnen, open en gelijkwaardige communicatie tussen de verschillende lagen en met de inzet op **eigenaarschap** van alle medewerkers

1.2 Strategie

Gecontracteerd werken

PIT werkte tot 2023 voornamelijk niet-gecontracteerd. Een voordeel hiervan was dat de zorg in het hele jaar gegarandeerd kon worden en de wachttijden kort gehouden.

Het “Integraal zorgakkoord (IZA)”, de toenemende beperking van de vrije artskenkeuze en het verlagen van de vergoedingen voor niet-gecontracteerden noopten PIT echter om zijn visie en strategie hierin aan te passen. Na een rustige opstart in 2024 heeft Praktijk InTeam voor 2025 contracten met bijna alle zorgverzekeraars gesloten, met ruime budgetten of budgetvrij.

Gedurende het lopende jaar is er eveneens de mogelijkheid voor een ophoging van het budget mede vanuit het meer directe en persoonlijke contact met de verschillende zorgverzekeraars.

Uitbreiding locaties

Naast de Hoofd en Bestuurlijke locatie van Praktijk InTeam aan de Platinaweg 10 in Den Haag, is begin 2024 een 2^e ambulante Poli geopend aan de Zilverstraat 1 in Zoetermeer. Als onderdeel van de ambulante Poli in Zoetermeer zijn er tevens een aantal behandelkamers in Medisch Centrum Palenstein in Zoetermeer. Hier vindt vooral de zorg plaats voor de asielzoekers en Oekraïense ontheemden.

Naast de ambulante Poli's in de regio Haaglanden zijn meerdere zelfstandige psychologische praktijken in het land voor een deel van hun monodisciplinaire gespecialiseerde GGZ-zorg aan PIT verbonden. Door de Wet DBA evenals de aanscherping van ons inhoudelijk beleid en in lijn met het KWS 4.0. zijn er wel beduidend minder Dependances dan voorheen.

Regionale Samenwerkingsverbanden "Mentale Gezondheid"

We zijn onderdeel van de Kerngroep van het regionaal samenwerkingsnetwerk Mentale Gezondheid Haaglanden in het kader van het IZA. Wij zijn actief betrokken geweest bij de ontwikkeling van de transformatieplannen, hebben meegeschreven aan de business cases en nemen vanuit de toegekende transformatiegelden deel aan de Verkennende Gesprekken en is PIT mede projectleider van de pilot in het kader van de "Doorstroom – en Uitstroom". Tevens nemen wij deel aan de verschillende Overlegtafels/ Transfertafels en Bestuurlijke Overleggen met de Kerninstellingen, zoals ten aanzien van de crisisfuncties.

6

Opleidingen

Zowel in 2024 als in 2025 zijn wij geaccrediteerd en gesubsidieerd voor de verkorte 3-jarige Psychotherapeut Wet BIG - opleiding voor GZ-psychologen. Men lijkt daarnaast voornemens om masterpsychologen 2026/ 2027 weer de mogelijkheid te bieden op te gaan voor de 4-jarige opleiding tot Psychotherapeut Wet BIG. PIT houdt deze ontwikkelingen scherp in de gaten en neemt ook deel aan de opleidingstafels hiertoe.

We waren erkend als opleidingsinstelling voor de GZ-opleiding. Echter, door het stoppen van de samenwerkingspartner is onze erkenning (tijdelijk) ingetrokken. Voor 2026-2027 streven wij ernaar t.b.v. de GZ-opleiding toe te treden tot een erkend regionaal samenwerkingsverband, dan wel zelf het initiatief te nemen tot een dergelijk samenwerkingsverband rekening houdend met de voor deze verbanden nieuwe, aangescherpte eisen.

PIT heeft er altijd naar gestreefd om masterpsychologen de financiële ruimte te bieden postdoctorale opleidingen, zoals in de CGT, Schematherapie, te volgen en kans te maken op een EVC-traject met een verkorte GZ-opleiding. Door het uitstel van de Nieuwe Beroepenstructuur is het vooralsnog niet duidelijk hoe het afgerond hebben van postdoctorale opleidingen mee gewogen gaat worden in een eventuele overgangsgeregeling.

Behandelaanbod, Zorgvraagzwaarte (ZVT, HONOS)

Het behandelaanbod van PIT is georganiseerd in zorgprogramma's binnen de verschillende hoofd diagnosegroepen: 1. Angst, 2. Psychotrauma, 3. Depressie, 4. ADHD en Autisme (ASS), 5. Persoonlijkheid.

Binnen de verschillende hiertoe ingerichte zorgpaden is er sprake van Zorgprogramma's, mede gebaseerd op de verschillende zorgstandaarden/ richtlijnen en de evidence based therapievormen en met betrouwbaar en wetenschappelijk gevalideerd testmateriaal (COTAN). Een voorbeeld is het Zorgprogramma ADHD. Deze is verder uitgewerkt en uitgerold in een ADHD-poli. Het zorgprogramma ADHD omschrijft alle zaken ten aanzien van Inclusie, intake (door wie) en het vervolg w.o. altijd psychodiagnostiek en het op de poli betrokken zijn van minimaal een Verpleegkundig Specialist.

Maandelijks worden de wachttijden tot intake en start behandeling per diagnosegroep aangeleverd bij de NZa. Wij houden ons hierbij aan de * "Treeknormen". Bij het overschrijden van de Treeknormen vindt er overleg plaats tussen de directeur/ bestuurder en het management over gepaste maatregelen.

De wachttijden per diagnosegroep worden maandelijks op de website aangepast. Tevens vindt er op de website een vermelding plaats als er voor een zorgverzekeraar sprake is van een aannamestop.

De zorgvraagzwaarte (ZVT op grond van de resultaten op de HONOS) neemt toenemend een belangrijke rol in voor het door de zorgverzekeraars bepalen of er sprake is van Passende Zorg en van Gepast Gebruik van de schaarse GGZ-middelen. PIT heeft vanaf 2023 de zorgvraagzwaarte al een belangrijke rol laten vervullen bij het bepalen na Intake of passende bij de monodisciplinaire of multidisciplinaire SGGZ en het zorgaanbod hierop ook ingericht. Daarnaast wordt er aan de hand van de zorgvraagzwaarte na 6 maanden behandeling gezien of de multidisciplinaire SGGZ afgeschaald kan worden naar de monodisciplinaire SGGZ, dan wel de frequentie verder verlaagd.

**Treeknormen: max. wachttijd tussen verwijzing HA en Intake 4 weken; max. wachttijd behandeling na Intake 10 weken.*

Digitalisering

Conform het Integraal Zorgakkoord (IZA) en de opvolger het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), samen met de eisen van de zorgverzekeraars is er meer de nadruk op Digitalisering van de Zorg.

Doel van de digitalisering bij PIT is conform de landelijke opgave om de toegankelijkheid en continuïteit van de zorg te vergroten, wachttijden te verkorten, behandelduur doelmatig te reduceren en eigen regie van patiënten te versterken met behoud van kwaliteit en veiligheid.

[Digitalisering 2025-2026 Praktijk InTeam \(PIT\).docx](#)

1.3 Prestatie-indicatoren

Om enerzijds de visie, missie en strategie waar te kunnen maken en anderzijds te borgen dat wordt voldaan aan wettelijke verplichtingen, zijn (basis) prestatie-indicatoren (KPI's) vastgesteld. Deze KPI's worden binnen het kwartaaloverleg Bestuurder/Directie - MT besproken.

Zie voor een overzicht **Bijlage C**.

Alle kwaliteitsdoelen, voortvloeiend uit de kwartaalrapportages Directie/Management, interne audits, incidenten/calamiteiten en klachten worden opgenomen in het Excel-bestand **"Kwaliteitsdoelenoverzicht PIT"**

1.4 Normen en waarden

PIT streeft naar een open en veilige cultuur, waarin mensen elkaar kunnen en durven aanspreken ongeacht hiërarchie en professionele status. Signalen dat er in de bejegening van elkaar of van patiënten iets niet goed loopt, worden in een vroeg stadium bespreekbaar gemaakt en verbetermaatregelen genomen.

Raad van bestuur, Raad van Commissarissen, Directie/ management en andere professioneel eindverantwoordelijken dragen uit dat zij het vanzelfsprekend vinden om elkaar aan te spreken. Zij laten in hun gedrag zien dat zij aanspreekbaar zijn en anderen durven aan te spreken.

PIT is een lerende organisatie, waarin fouten binnen professionele grenzen gemaakt mogen worden en met elkaar tot een oplossing gebracht.

De kernwaarden van Praktijk InTeam zijn: **Open, Deskundig, Respectvol en Veilig**.

Er is sprake van een **Open** communicatie binnen de organisatie, tussen de medewerkers, maar ook richting de patiënten. Patiënten zijn hierdoor o.a. op de hoogte van de eerste diagnosestelling (DSM5), de gevonden zorgvraagzwaarte (ZVT) en het eerste hulpaanbod op grond hiervan. Indien na Intake besloten wordt tot afwijzing wordt dit zorgvuldig en open met patiënt besproken, plus een advies gegeven over passende vervolgstappen.

Medewerkers worden op tijd op de hoogte gebracht en zoveel mogelijk meegenomen in de besluitvorming ten aanzien van belangrijke organisatorische en/of zorginhoudelijke wijzigingen. Hiertoe vindt er o.a. maandelijks een teamoverleg plaats tussen de behandelaren, maar zijn er ook overleggen voor de planning en administratie.

Indien van toepassing vinden extra overleggen plaats, zoals ten aanzien van koerswijzigingen van Praktijk InTeam, zoals het nieuwe KWS 4.0 en de implicaties hiervan op de verschillende organisatieonderdelen.

De bejegening onderling en van en naar patiënten is altijd **Respectvol**, maar wel met duidelijke grenzen over wat gepast gedrag is en wat niet. O.a. in het geval van klachten door patiënten vallen medewerkers elkaar niet af en wordt betreffende patiënt eerst verwezen naar zijn behandelaar om

de klacht te bespreken. Indien dit niet tot het gewenste resultaat leidt, wordt als eerste de intern klachtenfunctionaris ingeschakeld.

Het doel hiermee is altijd om een **Veilige werkomgeving** en een **Veilig Werkklimaat** te creëren, waarin er geen ruimte is om elkaar af te vallen, er geen ruimte is voor patiënten om behandelaars tegen elkaar uit te spelen en om eventuele agressie van patiënten te voorkomen.

De inclusiecriteria zijn er mede op gericht om de Veiligheid op de werkvloer en voor alle medewerkers te kunnen handhaven. Een voorbeeld is het niet-includeren van patiënten met een forensische titel en van patiënten met vooropstaande verslavingsproblematiek.

De medewerkers van Praktijk InTeam blijven binnen de grenzen van hun deskundigheidsgebied en zetten hun **Deskundigheid** in conform de voor hen geldende **Professionele standaard**: wet- en regelgeving, beroepscode, protocollen en richtlijnen, algemene zorgvuldigheidsvereisten.

De gedragsregels voortvloeiend uit de professionele standaard zijn vervat in de **Gedragscode van PIT**. Deze Gedragscode wordt bij aanname uitgereikt en door de nieuwe medewerkers ondertekend. De hierin vervatte regels zijn mede onderdeel van de beoordelingscyclus.

1.5 Organisatiestructuur (organogram)

Het organogram van Praktijk InTeam B.V. vermeldt welke afdelingen binnen de organisatie aanwezig zijn en wie de verantwoordelijke personen per onderdeel zijn. Het organogram wordt periodiek bijgewerkt, indien noodzakelijk. Het organogram is voor iedereen inzichtelijk in de map Behandelaars.

1.6 Medezeggenschap en toezicht

Raad van Commissarissen

De Raad van Commissarissen is het toezichthoudende orgaan van Praktijk InTeam (PIT) B.V. De raad houdt toezicht op het beleid van het Bestuur en op de algemene gang van zaken in de onderneming. Daarnaast ondersteunt de Raad van Commissarissen het Bestuur met adviezen. Als toezichthouder kan zij kritisch en op onafhankelijke wijze opereren. De Raad van commissarissen moet te allen tijde in het belang van de onderneming handelen en de belangen behartigen/afwegen van alle stakeholders (aandeelhouders, medewerkers, patiënten). De Governance Code Zorg en IGJ Kader Goed Bestuur dienen als uitgangspunt voor de wijze waarop de Raad van Commissarissen haar toezichthoudende functie op het bestuur uitoefent. De rechten, plichten, werkwijze en overige praktische bepalingen van de Raad van Commissarissen zijn vastgelegd in een reglement en de statuten van PIT.

Cliëntenraad

De cliëntenraad van PIT bestaat uit een vertegenwoordiging van (ex-)cliënten, naasten, ervaringsdeskundigen die meedenken en -praten over o.a. het behandelklimaat van PIT en geconsulteerd worden bij eventuele grote organisatorische veranderingen.

De cliëntenraad is:

- De onafhankelijke belangenbehartiger van alle patiënten van PIT;
- Heeft wettelijke bevoegdheden in het kader van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen;
- Vergadert en adviseert aan het bestuur over beleidsonderwerpen die de patiënten raken, zoals verbouwingen, fusies en reorganisaties, zorgverbeteringstrajecten en beleid bij reanimatie, hygiëne en veiligheid.

De rechten en plichten van de Cliëntenraad zijn vastgelegd in een reglement en de statuten van Praktijk InTeam.

1.7 Belanghebbenden (eisen en invloed)

Van belang is om inzichtelijk te hebben wie de belanghebbenden van de organisatie zijn en welke eisen de verschillende belanghebbenden kunnen stellen aan Praktijk InTeam. Door hier vooraf over na te denken kunnen eventuele problemen en incidenten voorkomen worden en kan de instelling hier tevens mogelijk voordeel uit halen.

Zie Bijlage A

1.8 Wet- en regelgeving

Er wordt toezicht gehouden op de veranderende wet- en regelgeving door de Raad van Commissarissen van PIT. Lid van de Raad van Commissarissen is een Jurist die (ongevraagd) advies kan geven t.a.v. alle aspecten van de Bedrijfsvoering van PIT en samen met de Bestuurder en Manager Beleid en Externe Relaties de ontwikkelingen in de GGZ-sector in de gaten houdt.

1.9 Risico-inventarisatie

Om op zorgvuldige en methodische wijze om te kunnen gaan met het identificeren en controleren van risico's hebben wij gekozen voor de toepassing van een bewezen risicomodel. De keuze voor een specifiek model is voortgekomen uit de wens dat het model aansluit bij onze (gewenste) werkwijze. De RISMAN-methode vinden wij goed aansluiten bij onze organisatie vanwege de vele perspectieven (ggz is complex) en het gebruiksvriendelijke en overzichtelijke proces van identificatie, beheersing, uitvoering en evaluatie.

Om de risicoanalyse zorgvuldig uit te kunnen voeren en monitoren, is een Excel-model opgesteld. Er zijn drie verschillende modellen, namelijk één voor de algemene (interne/externe) risicoanalyse, een procesanalyse en een risicoanalyse ten aanzien van grote projecten. De documenten zijn opgeslagen in de Teams-map Kwaliteit & Risico.



2. PRIMAIR PROCES

2.1 Doelgroep

Praktijk InTeam is een erkende (met WTZa-vergunning) [SGGZ-Instelling](#) voor de Monodisciplinaire en Multidisciplinaire Gespecialiseerde psychologische en psychiatrische diagnostiek en behandeling van volwassenen met een Common Mental Disorder (CMD). Dit ter onderscheid van de patiënten met een ernstige Psychiatrische Aandoening ook wel EPA genoemd

Binnen de CMD richt PIT zich voorts alleen op patiënten met een conform de HONOS binnen de "psychische aandoeningen" minimaal "matige problematiek" (ZVT3). De Zorgvraagtypes lichte en zeer lichte problematiek (ZVT 1 en ZVT 2) zijn exclusiecriteria bij PIT en worden terugverwezen met het advies aan de huisarts patiënt te verwijzen naar de GBGGZ.

Binnen de Contractering met de Zorgverzekeraars en samenhangende met de regionale samenwerkingen/ netwerken "mentale gezondheid" is ons aanbod uitgebreid met patiënten die lijden aan een somatoforme stoornis.

Tevens vallen patiënten met een *voorgeschiedenis* met crisisgevoeligheid/ suïcidaliteit, door de regionale samenwerkingen niet meer onder de exclusiecriteria. Hetzelfde geldt voor patiënten met een bijkomende geringe leerbeperking en verder geen problemen wat betreft de ADHD en HDL. Zij kunnen van een aangepast behandelaanbod gebruik maken.

Inclusiecriteria

- Angst, zoals een paniekstoornis met of zonder agorafobie; een gegeneraliseerde angststoornis;
- Psychotrauma, zoals PTSS
- Depressie, zoals recidiverende depressieve episodes; bipolaire problematiek zonder Lithium gebruik;
- ADHD/ ASS, zoals enkelvoudige ADHD- problematiek, met disfunctioneren op meerdere leefgebieden; een combinatie van Autisme en AD(H)D;
- Persoonlijkheidsproblematiek, zoals afhankelijke en vermijdende persoonlijkheidsproblematiek als co-morbide bij een Depressie of cluster B problematiek zonder crisisgevoeligheid en agressie.
- Somatoforme stoornis, zoals een somatisch-symptoomstoornis bij een ernstige somatische aandoening.

Exclusiecriteria

- Verslaving aan drugs/ alcohol/ porno/ gokken;
- Forensische problematiek (bekend met en bij politie en justitie);
- Fysieke Agressie;
- Suïcidaliteit met de noodzaak van 24-uurs toezicht;

- De noodzaak van intensieve ondersteuning op de ADL en op de HDL, zoals bij sommige LVB en bij ASS-niveau 3;
- Schulden en andere vooropstaande psychosociale problematiek;
- Een te lage zorgvraagzwaarte niet passende bij de monodisciplinaire of multidisciplinaire Gespecialiseerde GGZ

De inclusie- en exclusiecriteria staan vermeld op de website van PIT www.praktijkinteam.nl en staan eveneens vermeld in ZorgDomein, zodat verwijzers hiervan op de hoogte zijn.

NB: De inclusie- en exclusiecriteria kunnen verschillen voor de vluchtelingen uit Oekraïne die in onze Oekraïne-Poli behandeld worden vanuit de RMO en RMA.

2.2 Monodisciplinaire SGGZ & multidisciplinaire SGGZ

Praktijk in Team levert voor de CMD plus somatoforme stoornissen psychologische en psychiatrische diagnostiek en behandeling binnen Ambulant Kwaliteitsstatuut 4.0 sectie III, monodisciplinaire SGGZ (setting 2) en Multidisciplinaire SGGZ (setting 3).

HONOS

Naast de DSM5 diagnose wordt de keuze voor monodisciplinaire of multidisciplinaire SGGZ bepaald door de resultaten op de HONOS:

- De HONOS is een vragenlijst die samen met de patiënt bij intake wordt ingevuld, waarna er een zorgvraagtype (ZVT) op grond van de zorgvraagzwaarte wordt gegenereerd;
- Gezien de Doelgroep van PIT wordt er binnen de HONOS gekozen voor de vragen binnen het onderdeel "Psychische Aandoeningen";
- Gezien de Specialistische GGZ wordt altijd de "Volledige Versie" in bijzijn van patiënt ingevuld;
- De HONOS wordt bij de Intake afgenomen door de eerste Intaker;
- Indien de eerste Intaker geen Regiebehandelaar is, worden de resultaten op de HONOS door de Regiebehandelaar in de Verlengde Intake vastgesteld;
- De HONOS wordt na uiterlijk 6 maanden behandeling bij de evaluatie door Regiebehandelaar in bijzijn patiënt afgenomen;
- Op grond van de resultaten van de halfjaarlijkse HONOS, samen met de andere behandelresultaten, kan de behandeling of afgeschaald worden van setting multidisciplinair naar monodisciplinair, dan wel binnen de monodisciplinaire en multidisciplinaire behandeling de frequentie worden verlaagd;
- Bij oplopende Crisis wordt eveneens altijd tussentijds een HONOS afgenomen, ter ondersteuning van de noodzaak van opschalen van zorg.

Vanaf 2026 wordt door de zorgverzekeraars strenger gecontroleerd op de bij het Zorgvraagtype conform de HONOS passende zorg en daarmee Gepast Gebruik van de financiële middelen. Immers, de tarieven voor de multidisciplinaire GGZ zijn gezien de zorgvraagswaarte significant hoger dan voor de monodisciplinaire GGZ. Praktijk InTeam voert al langer dit beleid, waardoor er geen aanpassingen nodig zijn om aan de strengere eisen te kunnen beantwoorden.

Het volgende geldt voor ZVT 1 t/m 8 binnen de "Psychische Aandoeningen" van de HONOS

- **ZVT 1** "zeer lichte psychische problematiek" en **ZVT 2** "Lichte psychische problematiek met een grotere zorgvraag" worden behandeld in de **BGGZ** en komen dus niet in aanmerking voor behandeling bij Praktijk InTeam.
- **ZVT 3** "matige psychische problematiek" mag behandeld worden in de **Monodisciplinaire SGGZ** (setting 2), **maar mag niet behandeld worden in de Multidisciplinaire SGGZ** (setting 3);
- Vanaf **ZVT 4** "Ernstige Psychische Problematiek" t/m **ZVT 7** "Aanhoudend en of zeer beperkend" is behandeling en financiering mogelijk binnen de **Multidisciplinaire SGGZ**;
- Voor **ZVT 4** en voor **ZVT 7** kan wel een **uitzondering** gemaakt worden voor **behandeling in de Monodisciplinaire SGGZ**, met een lagere financiering, **in zoverre er niet de noodzaak is van een veelvuldige betrokkenheid van een Psychiater**.
- **ZVT 8** "zeer risicovol/ chaotische psychische problematiek" valt onder de **exclusiecriteria** voor behandeling bij PIT.

Eisen Monodisciplinaire SGGZ en Multidisciplinaire SGGZ in het Zorgprestatiemodel (ZPM)

- **Ambulant Kwaliteitsstatuut sectie III, GGZ-instellingen, setting 2 "Monodisciplinair"**

"Hoofdzakelijk geleverd vanuit één discipline. Dat betekent niet dat de patiënt maar door één discipline wordt gezien (buiten de betrokkenheid regiebehandelaar). \Deze setting geldt ook als bijvoorbeeld andere disciplines ondersteunen in de diagnostiek of als de regiebehandelaar een andere discipline vertegenwoordigt".

"Soort team: zelfstandig werkende disciplines waarbij andere disciplines niet of beperkt worden ingeroepen, maar zo nodig een beroep kan worden gedaan op een psychiater of klinisch psycholoog voor consultatie en advies.

MDO:

Er vinden regelmatig MDO's plaats tussen behandelaar en regiebehandelaar. Indien de Regiebehandelaar een GZ-psycholoog is, dan is er op het MDO na intake en na een halfjaarlijkse evaluatie de Klinisch Psycholoog op het MDO betrokken



- **Ambulant Kwaliteitsstatuut, sectie III, GGZ- Instellingen, setting 3**
"Multidisciplinair"

“Buiten de regiebehandelaar hebben ook nog twee of meer andere disciplines (beroepen) contact met de patiënt. Deze disciplines (beroepen) werken binnen de behandeling met elkaar aan de behandeldoelen. De noodzaak van de inzet van de verschillende disciplines blijkt uit de doelen van het individueel behandelplan”.

MDO:

De Intake en de voortgang van de behandeling wordt minimaal 1 x per 6 maanden besproken in het MDO's, waarvan naast 2 andere disciplines (beroepen) een psychiater en/ of klinisch psycholoog lid zijn

**Binnen het ZPM is het wat betreft de zorgverzekeraars niet meer mogelijk om 2 verschillende GGZ-trajecten bij 2 verschillende GGZ-aanbieders naast elkaar te laten lopen, ongeacht of er sprake is van verschillende diagnoses. Naast een financiële kiest PIT inhoudelijk ook voor het niet simultaan laten lopen van behandelingen, maar voor het elkaar laten opvolgen van behandelingen. Dit gezien de landelijk al jaren hoge wachttijden voor de CMD.*

2.3 Regiebehandelaren en inzet KWS 4.0

Bij Praktijk InTeam zijn de volgende beroepsoefenaren als Regiebehandelaar werkzaam:

- Psychiater
- Klinisch Psycholoog
- Verpleegkundig Specialist GGZ
- Psychotherapeut
- GZ-psycholoog
- Physician Assistant, vanaf 2026

Monodisciplinaire gespecialiseerde GGZ (KWS 4.0 setting 2)

Binnen de monodisciplinaire SGGZ van Praktijk InTeam (PIT) kunnen de volgende beroepsoefenaren als regiebehandelaar optreden:

- GZ-Psycholoog;
- Klinisch Psycholoog;
- Verpleegkundig Specialist GGZ
- Psychotherapeut;
- Physician Assistant

De volgende regiebehandelaren kunnen de indicerende rol vervullen:

- GZ-psycholoog
- Klinisch Psycholoog
- Verpleegkundig Specialist GGZ
- Psychotherapeut;
- Physician Assistant

Uitleg:

PIT maakt op grond van de verwijzing door de huisarts samen met een telefonische pre-screening een eerste inschatting van de ernst van de problematiek (zorgvraagwaarte) en daarmee de keuze voor een intake in setting 2 of setting 3. Voorbeeld: eenvoudige vragen naar diagnostiek en behandeling van ADHD met hierdoor problemen op meerdere leefgebieden, wordt vanwege de eenvoudigheid in setting 2 opgepakt. De Verpleegkundig Specialist GGZ heeft hierbij de indicerende rol en treedt doorgaans ook op voor de zorg en (medicamenteuze) behandeling van de cliënten bij wie na onderzoek ADHD is bewezen.

De GZ-psychologen hebben gezien de doelgroep van Praktijk InTeam en hun expertise in setting 2 een indicerende rol. Ook in setting 2 vinden er multidisciplinaire overleggen (MDO) plaats, geleid door een medisch specialist, zoals een Psychiater, waarbinnen alle Intakes worden besproken en waarmee voldaan wordt aan de eis van betrokkenheid van een art 14 Wet BIG Beroep op de indicatiestelling door de GZ-psycholoog en de Physician Assistant.

16

De volgende beroepsoefenaren kunnen de Coördinerende rol vervullen:

- GZ-psycholoog
- Klinisch Psycholoog
- Verpleegkundig Specialist GGZ
- Psychotherapeut
- Physician Assistant

Uitleg:

Gezien de lagere zorgvraagwaarte en minder de noodzaak van geneeskundige competenties heeft de psychiater geen coördinerende rol in deze setting. Dit betekent niet dat de psychiater niet als behandelaar direct betrokken op cliënten in de monodisciplinaire gespecialiseerde GGZ kan zijn, zoals bij een ingewikkelde medicatie-instelling die de expertise en bevoegdheid van de VS GGZ of van de Physician Assistant overtreft.

De Klinisch Psycholoog en de Psychotherapeuten vervullen alleen de coördinerende rol indien er sprake is van psychotherapeutische behandelingen door de GZ-psychologen i.o.t. Psychotherapeut. In alle andere gevallen is de GZ-psycholoog de aangewezen discipline om gezien de doelgroep de coördinerende rol te vervullen.

Multidisciplinaire gespecialiseerde GGZ (KWS 4.0, setting 3)

Binnen de multidisciplinaire SGGZ van PIT kunnen de volgende beroepsoefenaren als regiebehandelaar optreden:

- Psychiater
- Klinisch Psycholoog;
- Verpleegkundig Specialist GGZ
- GZ-Psycholoog;
- Psychotherapeut;
- Physician Assistant

De volgende beroepsoefenaren kunnen de indicerende rol vervullen:

- Psychiater;
- Klinisch Psycholoog;
- Verpleegkundig Specialist GGZ;
- Psychotherapeut
- GZ-psycholoog
- Physician Assistant (nog in ontwikkeling)

Uitleg:

Gezien de toenemende ernst van de naar Praktijk InTeam verwezen problematiek, met ook crisisgevoeligheid vindt de Indicatiestelling middels direct contact toenemend plaats door de Psychiater of een Klinisch Psycholoog.

De Indicerende rol is ook in setting 3 passend bij de GZ-psycholoog daar het binnen deze setting bij PIT gaat over cliënten met een complexe, maar nog immer een voorop staande psychologische behandel- of diagnostievraag. Indien de GZ-psycholoog op grond van de verwijzing en de pre-screening de indicerende rol vervult, is er een betrokkenheid op de indicatiestelling door een Psychiater of Klinisch Psycholoog middels de wekelijkse multidisciplinaire overleggen (MDO). Binnen het MDO worden in bijzijn van alle disciplines de bevindingen van de Intake besproken en de Psychiater of Klinisch Psycholoog vervult hierbij de rol van voorzitter en met doorzettingsmacht. Psychiater of Klinisch Psycholoog hebben daarbij de ruimte om te beslissen dat er ten behoeve van de indicatiestelling alsnog een direct contact door hen met client moet plaatsvinden.

De volgende beroepsoefenaren vervullen de Coördinerende rol:

- GZ-psycholoog;
- Klinisch Psycholoog
- Verpleegkundig Specialist GGZ
- Psychotherapeut
- Physician Assistant

2.4 Verwijzingen

De verwijzingen vinden hoofdzakelijk door de huisarts plaats en via ZorgDomein of middels het verstrekken van een verwijzing aan patiënt zelf;

- De verwijzing dient aan een aantal eisen te voldoen, waaronder de vermelding verwijzing SGGZ 18+, contactgegevens patiënt, BSN en gegevens zorgverzekering. Indien deze gegevens op de verwijzing ontbreken, wordt er per direct contact opgenomen door de administratie om deze alsnog te verkrijgen;
- De binnengekomen verwijzingen worden door een senior BIG-geregistreerde behandelaar beoordeeld op de inclusie- en exclusiecriteria (zie 2.1). Indien niet vallend onder de inclusiecriteria wordt er door beoordelaar een advies geformuleerd voor huisarts en via ZorgDomein aan huisarts toegezonden.
- Als er vragen van huisarts zijn over een eventuele afwijzing, dan kan de huisarts hiertoe contact opnemen met PIT en met betreffende beoordelaar. Op grond van dit onderhoud kan alsnog tot aanname besloten worden.
- De zelfstandige praktijken beoordelen zelf in eerste instantie of de verwijzing voldoet aan de inclusiecriteria voor behandeling bij PIT. Bij twijfel wordt er vooraf overlegd met de manager Dependances.
- Bij inclusie wordt door de administratie een dossier aangemaakt en de gegevens ingevoerd in het elektronisch patiëntendossier (EPD): de algemene gegevens van patiënt, zoals Emailadres en telefoonnummer, Zorgverzekering en BSN en eventuele bijzonderheden;
- Bij inclusie plant het secretariaat voor de Poli's een eerste Pre-screening. De Dependances nodigen de patiënten meteen voor een Intake uit.

2.5 Pre-screening

De huisartsen verrichten de eerste triage en beoordeling van de aard en de ernst van de psychische klachten. Door de al jaren forse wachttijden in de GGZ zijn de vervolgens verwijsmogelijkheden voor de huisartsen beperkt. Hierdoor kan de situatie ontstaan dat GGZ-patiënten langer afhankelijk zijn van de overbruggingszorg door de huisarts en de POH-GGZ. Huisartsen kunnen daarom feiten weglaten uit de verwijzing in de hoop dat een GGZ-instelling hun patiënt zal accepteren.

Tot de komst van de "Verkennde Gesprekken" vindt er daarom bij alle multidisciplinaire SGGZ-verwijzingen een eerste telefonische Pre-Screening plaats, waarin eventuele contra-indicaties goed uitgevraagd worden. Dit mede om teleurstelling bij patiënt te voorkomen. Wanneer uit de Pre-screening geen contra-indicaties naar voren komen, wordt een Intake gepland.

[Prescreening.docx](#)



2.6 Intake

Start

- De Poli – Planning of de Dependance nodigt patient uit voor de Intake;
- Zowel bij de Poli's als bij de Dependances wordt indien de eerste intake een masterpsycholoog betreft meteen de 2e intake bij een Regiebehandelaar ingepland rekening houdend met de **42 dagen regel**:
Binnen 42 dagen na het uitvoeren van de eerste intake moet een Regiebehandelaar betrokken zijn op het Zorgtraject, zichtbaar in direct contact. Deze termijn mag worden overschreven wanneer er maximaal 4 consulten voorafgaan aan het consult met de regiebehandelaar;
- **Zie 2.3 voor een overzicht welke beroepsoefenaar in setting 2 monodisciplinair en in setting 3 multidisciplinair kan optreden bij de Intake als Indicerend Regiebehandelaar**
- De patiënt wordt voor de Intake het Aanmeldformulier, No Show Beleid en de OQ-48 als eerste ROM-meting toegestuurd;
- De datum van de eerste Intake wordt gezien als start Zorgtraject;
- Bij de eerste intake wordt ongeacht de discipline (beroep) van intaker, door intaker samen met patiënt de HONOS ingevuld voor bepaling van de Zorgvraagzwaarte (ZVT)
- De Indicerend Regiebehandelaren (Psychiater, Klinisch Psycholoog, Verpleegkundig Specialist, GZ-psycholoog) stellen bij verlengde intake of volledige intake de ZVT vast, evenals de werkdiagnose conform de DSM5.

19

Kindcheck

Eerste Intaker vult samen met patiënt de Kindcheck in. Bij minderjarige kinderen worden de namen en geboortedata en eventuele bijzonderheden vermeld. Indien er door intaker aan de hand van de Kindcheck zorgen zijn over het welzijn van de kinderen, dan worden de stappen binnen de Meldcode Kindermishandeling gevolgd.

Indien er een melding gemaakt moet worden, wordt betreffende patiënt altijd hiervan op de hoogte gesteld door Indicerend Regiebehandelaar. Met patiënt worden dan ook de mogelijkheden doorgenomen voor een vrijwillige melding en verzoek om hulp door patiënt zelf bij de Jeugdzorg.

NB. *Indien er zorgen zijn over kinderen in het gezin van patiënt gedurende de Behandelfase wordt door uitvoerend behandelaar altijd overlegd met de coördinerend regiebehandelaar van patiënt en worden de zorgen tevens zo snel als mogelijk besproken in het multidisciplinair overleg (MDO) in bijzijn psychiater en/ of klinisch psycholoog*

MDO na Intake

- Na Intake vindt uiterlijk binnen 2 weken na intake een Multidisciplinair Overleg (MDO) plaats in bijzijn van een Psychiater en/ of Klinisch Psycholoog,



- Bij de Poli's wordt ook na de Intake voldoende aan de Inclusiecriteria van PIT patiënt op de lijst geplaatst van betreffende Zorgpad, dan wel indien er sprake is van ADHD/ ASS op de lijst voor Psychodiagnostisch onderzoek door het PDC van Praktijk InTeam;
- Voor de Dependances geldt dat bij groen licht na het MDO gestart kan worden met het maken van het Behandelplan samen met patiënt en de behandeling gestart kan worden.
- Van het Intake MDO wordt voor zowel de Poli's als de Dependances een verslag gemaakt in het patiëntendossier.

Afronding Intakefase

- Patiënt wordt na het MDO, ongeacht Poli's of Dependances, door de eerste Intaker telefonisch op de hoogte gebracht van de uitkomst van het MDO en eventuele vragen van patiënt worden beantwoord;
- Bij de terugkoppeling aan patiënt van de resultaten van het MDO wordt patiënt nogmaals gevraagd of de "HA (huisartsen) – brief na Intake" verstuurd mag worden. Bij geen toestemming wordt een lege brief gestuurd, met in ieder geval de melding dat de Intake heeft plaatsgevonden en of patiënt wel of niet in behandeling komt;
- De eerste Intaker stelt naar aanleiding van de Intake de HA-brief na Intake op.
- In deze HA-brief na Intake staat minimaal de beschrijvende diagnose, de DSM5 werkdiagnose en het behandelbeleid vermeld. Bij afwijzing worden er mogelijkheden voor verwijzer geformuleerd voor doorverwijzing (*het EPD van PIT biedt hiertoe van tevoren gevulde formats*);
- De HA-brief na Intake wordt altijd (mede) ondertekend door de Indicerend Regiebehandelaar, plus vermelding van het BIG-registratienummer van betreffende Indicerend Regiebehandelaar;
- De HA-brief na Intake wordt via ZorgDomein naar betreffende verwijzer gestuurd;
- De patiënten hebben (vanaf 2026 binnen CIS) via een eigen portal toegang tot hun patiëntendossier, waarin het Intakeverslag en de correspondentie met de verwijzer.

2.7 Behandelfase

Start/ Behandelplan (BHP)

- Start zoveel als mogelijk rekening houdend met de Treeknormen*;
- Indien er sprake is van een wachttijd voor start behandeling krijgen patiënten in de wachttijd modules aangeboden via Therapieland;
- *PIT draagt na acceptatie na Intake en in de wachttijd voor Behandeling de medische eindverantwoordelijkheid in het kader van de WGBB. Elke 3 maanden vindt er daarom ook in de wacht een direct telefonisch of online consult met een regiebehandelaar plaats;*
- De start van de Behandeling kan ook Psychodiagnostiek betreffen;
- De Behandelfase wordt voorafgegaan door een Adviesconsult, waarin samen met patiënt het Behandelplan wordt opgesteld en de Behandeldoelen;



- Voor het Behandelplan wordt gebruik gemaakt van het binnen het EPD Format Behandelplan, met de bij de verschillende domeinen doelen geformuleerd in de Ik-vorm en SMART, met de mogelijkheid van het bij Evaluaties kunnen aanpassen van deze doelen;
- Het Behandelplan wordt vastgesteld na instemming door patiënt en medeondertekend door de Coördinerend Regiebehandelaar (Klinisch Psycholoog, Verpleegkundig Specialist GGZ, GZ-Psycholoog, Physician Assistant);
- Het Behandelplan is een dynamisch instrument, de doelen kunnen bij Evaluaties aangepast worden, zonder dat er een nieuw geaccordeerd Behandelplan nodig is;
- 1 jaar gerekend vanaf de eerste Intakedatum wordt na Evaluatie een nieuw Behandelplan opgesteld en geaccordeerd;
- Nadat het Behandelplan is vastgesteld, ontvangt de verwijzer een HA-brief Start Behandeling na toestemming hiertoe door patiënt.

Behandeling

- De behandeling vindt plaats conform de vigerende richtlijnen, zorgstandaarden en al met evidence based en met wetenschappelijk erkende therapievormen, w.o. ook farmacotherapie;
- De behandelingen worden verder vormgegeven conform de binnen PIT geldende Zorgprogramma's, zoals de ADHD-poli;
- De behandelinzet kan individueel of in groepsverband zijn, of een combinatie van beiden, afhankelijk van het Zorgprogramma;
- De behandeling wordt Blended vormgegeven en met "Digitale toepassingen" [Digitalisering 2025-2026 Praktijk InTeam \(PIT\).docx](#);
- De behandelduur is maximaal 1-1 ½ jaar;
- **Na uiterlijk 6 maanden wordt** op grond van de Evaluatie door de Regiebehandelaar, samen met de resultaten van een nieuwe afname van de HONOS en op grond van het vervolgens MDO, **de behandeling of afgeschaald van multidisciplinair naar monodisciplinair, of de frequentie van de behandelingen in beide settingen verlaagd.**

Crisissignaleringsplan (CSP)

In de Specialistische GGZ dienen alle patiënten in de Behandelfase, ongeacht de Pathologie of Crisisgevoeligheid te beschikken over een Crisissignaleringsplan (CSP). In het CSP staat aangegeven hoe de fasen eruitzien, totdat er sprake kan zijn van een crisis, wat patiënt zelf kan doen om dit te voorkomen en wat de behandelaar. Tevens vermeldt het CSP de contactpersoon of contactpersonen plus contactgegevens in het geval van crisis. Eventuele Psychofarmaca wordt eveneens vermeld in het CSP.

Crisisprotocol

Er is een voor behandelaren en medewerkers beschikbaar crisisprotocol, waarin beschreven hoe om te gaan met een crisis, zoals suïcidaliteit bij patiënten, de inzet van professionals en de nazorg. Als aanvulling op het crisisprotocol is ook de Voorwacht en Achterwacht voor alle dagen van de werkweek geregeld

[Crisisprotocol 01-10-2025.docx](#)

Medicatieoverzicht

Alle patiënten dienen bij start Behandeling bij gebruik van medicatie een actueel medicatie-overzicht van somatische medicatie en/ of psychofarmaca van de Apotheek te overleggen. De beschikbaarheid van het medicatie-overzicht is nodig in het geval van crisis en/ of in het geval van Farmacotherapie door Psychiater.

Afronding Behandeling

- De Behandeling wordt afgerond in een Eindevaluatie tussen patiënt, uitvoerend behandelaar en Coördinerend Regiebehandelaar;
- De afsluiting Behandeling wordt besproken in 1 van de MDO's;
- De eindbrief aan verwijzer: HA-brief afsluiting behandeling wordt verstuurd nadat de eind ROM-metingen, w.o. de CQI (Tevredenheidsmeting) ontvangen zijn;
- De administratie wordt op de hoogte gebracht en sluit het dossier.

22

Evaluaties/ MDO

Binnen de Specialistische GGZ vinden er regelmatig Evaluaties met patiënt plaats van de Behandeling. Daarnaast zijn er eisen vanuit het ZPM over de frequentie van de Evaluaties, evenals verschillende eisen van Zorgverzekeraars.

Binnen PIT hebben wij het volgende afgesproken:

- Bij de Evaluaties wordt door een Regiebehandelaar aan de hand van de doelen in het Behandelplan het verloop van de behandeling besproken;
- Binnen zowel de monodisciplinaire als de multidisciplinaire setting wordt bij start behandeling meteen de noodzakelijke evaluaties ingepland rekening houdend met de eisen voor deze settings (zie 2.2);
- Uitvoerend behandelaar zorgt mede voor controle op het voldoen aan de eisen behorende bij de settings monodisciplinair en multidisciplinair (zie 2.2)
- Van het MDO wordt een verslag gemaakt, terug te vinden in het EPD van patiënt.

2.8 Ervaringen van patiënten

Aan het einde van de behandeling wordt altijd een CQI afgenomen en bij de Eindevaluatie door coördinerend regiebehandelaar besproken.

1 x per 2 jaar vindt er daarnaast een algehele [Patiënttevredenheidsmeting](#) plaats

2.9 Meldingen van complicaties, incidenten en calamiteiten

Praktijk InTeam (PIT) beschikt een voor alle medewerkers procedure wat te verstaan onder incidenten en calamiteiten en hoe hiermee om te gaan. Van elk incident wordt een VIM-formulier ingevuld, dat beoordeeld wordt door betreffende manager. Op grond van de incidenten worden er Verbetermaatregelen genomen en geëvalueerd. Een voorbeeld is het bij het voorschrijven van Psychofarmaca niet meenemen van het door patiënt gebruikende somatische medicatie. Hierop is Medicatiebeleid geschreven wat door de Psychiaters en VS ondersteund wordt om incidenten in de toekomst te kunnen voorkomen.

NB: zie verder ook Crisisprotocol [Crisisprotocol 01-10-2025.docx](#)

2.10 Klachtenafhandeling

23

Praktijk InTeam heeft zich voor de behandeling van klachten ingevolge van de wet Kwaliteit, klachten en geschillen Zorg (WKKGZ) aangesloten bij het Klachtenloket Zorg.

Het Klachtenloket Zorg is een onafhankelijke en onpartijdige klachtenfunctionaris in de zin van de WKKGZ. De onafhankelijke klachtenfunctionaris kan bemiddelen tussen patiënt en de zorgverlener van Praktijk InTeam, zodat een goede oplossing wordt gevonden voor de klacht. Praktijk InTeam informeert patiënt op een duidelijke, begrijpelijke en eenvoudige manier dat voor de klachtafhandeling PIT is aangesloten bij het Klachtenloket Zorg en dat de cliënt daarvan gratis gebruik kan maken. De patiënt wordt daarbij gewezen op de website van het Klachtenloket (www.klachtenloket-zorg.nl). Kan er geen oplossing worden bereikt, dan wijst de zorgaanbieder de patiënt op de mogelijkheid het geschil voor te leggen aan de geschillencommissie waarbij Praktijk InTeam is aangesloten.

Bovengenoemde informatie en de adressen staan vermeld op de website van PIT. Daarnaast hanteren wij een interne klachtenafhandeling met een duidelijke volgorde:

- Er kunnen klachten op verschillende gebieden van patiënten binnenkomen, bij de zorgplanning, bij de administratie of direct bij een regiebehandelaar;
- De interne klachtenfunctionaris, huidig de manager beleid en externe relaties, handelt de klachten verder af;
- Bij inhoudelijke klachten en/ of bejegening door behandelaren wordt patiënt er eerst op gewezen hiertoe in overleg te gaan met betreffende behandelaar;

- Alleen indien dit niet mogelijk is, wordt betreffende klacht gelijk doorgezet naar de interne klachtenfunctionaris;
- Interne Klachtenfunctionaris meldt ten allen tijden aan betreffende behandelaar en/ of medewerker dat er een klacht is binnengekomen en waarover en koppelt de resultaten van de afhandeling altijd terug naar betreffende behandelaar en/ of medewerker
- Indien er sprake is van ernstig norm- en grensoverschrijdend gedrag in het kader van de Wet, wordt door de intern klachtenfunctionaris een onderzoek gestart, waarbinnen zowel behandelaar als patiënt worden gehoord;
- Hangende het onderzoek wordt behandelaar geschorst en hiervan schriftelijk en betekend in kennis gesteld;
- Bij ernstige overschrijdingen wordt meteen een melding gemaakt bij de Inspectie IGJ;
- Van alle klachtgesprekken worden notulen gemaakt.

2.11 Naastenbeleid

Praktijk InTeam voert een actief Naastenbeleid, waarbij Naasten begrepen worden conform de definitie van de patiënten zelf. Dit kan een partner zijn, familie, een vriend of vriendin, maar ook een goede buurvrouw of een collega. PIT streeft er toenemend naar om Naasten bij het behandelproces te betrekken, zoals bij de Evaluaties en vormt hiertoe beleid.

De eerste aanzet hiertoe is gemaakt en vervat in een Concept Beleidsplan Naastenbeleid. Er wordt hierbij aangehaakt bij de geldende richtlijnen en generieke modules, zoals

<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/samenwerking-en-ondersteuning-naasten-van-mensen-met-psychische-problematiek/introductie>

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/autismespectrumstoornissen_bij_volwassenen/psychosociale_behandeling_bij_ass.html

De psychische problematiek van patiënten kan een enorme impact hebben op de omgeving. Denk bijvoorbeeld aan de invloed van chronische stemmingsproblematiek op de relatie. Naastbetrokkenen kunnen in positie van mantelzorger komen, lopen dan risico overbelast te raken en zelf psychische problemen te ontwikkelen. Het is belangrijk hiervoor oog te hebben.

Het Naastenbeleid vindt zijn plek in het primaire proces, zoals bij de Intake waar al een duidelijk beeld verkregen kan worden van het sociale netwerk, over wie steunend zijn en kunnen zijn voor patiënt bij de genoemde problemen.

Zowel in het Behandelplan als in de Evaluaties krijgen Naasten een plek, wat o.a. kan betekenen dat de Naasten het algeheel functioneren met en naast patiënt beoordelen en daarmee of de doelen van de behandeling zijn of worden bereikt.

3. Personeel

3.1 Werving & Selectie

Vacature Schrijven

Bij het schrijven van onze vacatures hechten we groot belang aan duidelijke en transparante informatie. Onze vacatures bevatten de volgende essentiële elementen:

- Functietitel en Omschrijving: Een heldere beschrijving van de functie, taken en verantwoordelijkheden, zodat kandidaten een goed begrip hebben van wat de functie inhoudt.
- Vereisten: Duidelijk vermelden van de vereiste kwalificaties, zoals de beheersing van de Nederlandse taal en registratie in het LOGO-register.
- Werktijden: Een overzicht van het aantal werkuren per week en op welke dagen de functie wordt uitgeoefend.
- Aantrekkelijke Begintekst: Een pakkende en wervende introductie om kandidaten te enthousiasmeren voor de functie en onze organisatie.

Mediakanalen

Om ons bereik te vergroten, plaatsen we onze vacatures op verschillende platforms, waaronder:

- Onze eigen website
- Indeed: Hier publiceren we al onze vacatures
- LinkedIn: Hier zijn al onze vacatures te vinden
- Universiteiten

25

Externe wervingsbureaus

Gezien de kosten maken wij hiervan zo min mogelijk gebruik. Met de komst van de Wet DBA maken we daarnaast, behoudens voor de kritische functies zoals psychiater, geen gebruik meer van bemiddeling op regiebehandelaren op ZZP-basis

Selectieprocedure

Onze selectieprocedure omvat:

- Een zorgvuldige evaluatie van cv's en sollicitatiegesprekken;
- Start met een beeldbelgesprek om de motivatie, diploma's, LOGO-registratie, werkervaring, werknormen en stressbestendigheid te bespreken;
- Na een succesvol eerste (online) gesprek, nodigen we kandidaten uit op locatie voor een rondleiding en kennismaking met het Team, de Teamleider Poli en de Manager Behandelen;



- Indien nog geen werkervaring, zoals bij de junior masterpsychologen volgt een meeloop dag met een ervaren behandelaar van PIT. Aan het einde van de meeloopdag worden de ervaringen van die dag besproken;
- Als de Kennismaking positief verloopt van beide kanten, worden de diploma's en certificaten opgevraagd bij kandidaat en gevraagd om 2 referenten;
- Bij een positieve referentiecheck en met een VOG wordt een concept arbeidsovereenkomst opgemaakt;
- Regiebehandelaren komen na een korte proefperiode meteen in aanmerking voor een vaste aanstelling;
- GZ-psychologen met een Psychotherapeuten opleidingsplaats krijgen een leerarbeidsovereenkomst voor de duur van de 3-jarige opleiding.

Inwerkperiode

Onze inwerkperiode is gestructureerd en omvat kennismaking met alle onderdelen van de organisatie en taken. Regelmatige vinden on boarding gesprekken plaats met de nieuwe behandelaren door Teamleider of door Manager Behandelzaken. Gedurende de eerste 4 weken worden de taken langzamerhand opgebouwd en uitgebreid.

Voor de Junior Masterpsychologen is er sprake van een aangepast inwerkprogramma en inwerkperiode. Aan het einde van de proeftijd kan de Junior daarnaast tevens gelijk starten met de 100-urige Basiscursus Cognitieve Gedragstherapie, volledig op kosten van de Organisatie maar in eigen tijd.

26

3.2 Instroom

Bij het verwelkomen van een nieuwe medewerker in loondienst volgen we zorgvuldig de **“checklist Indiensttreding”** om een soepele en professionele start te garanderen.

Registraties en Overzichten

De Vektis, AGB en BIG-registraties worden gecontroleerd en verwerkt in het Excel-bestand op de managementschijf (Personeelszaken). Daarnaast wordt de VOG-verklaring aangevraagd en verwerkt conform het VOG-beleid. Dit beleid is ook van toepassing op zelfstandig beroepsbeoefenaren (incl. dependances).

De geldigheidsduur van een nieuwe VOG binnen PIT is vastgesteld op 3 jaar, daarna moet de medewerker een nieuwe aanvragen, een en ander conform het **VOG-beleidsdocument**.

Proeftijd- en Beoordelingsgesprek

Op de eerste dag wordt ook gelijk een proeftijd- en beoordelingsgesprek ingepland voor een duidelijke evaluatie van het functioneren van de nieuwe medewerker.

Voor elke nieuwe medewerker wordt een **“inwerkprogramma”** opgesteld om een soepele integratie in het team te bevorderen. Dit inwerkprogramma omvat de volgende onderdelen:

- Gedragscode en waarden van Praktijk InTeam
- ARBO-regels en veiligheidsprotocollen
- Ontruimingsprocedures voor de locatie
- Organogram en verantwoordelijkheden binnen de organisatie
- Werk- en rusttijden en de regelingen daaromtrent
- Trainingen voor gebruik van het EPD en Teams-platform (indien nodig);
- Training gebruik EHealth binnen de behandeling.

Voor behandelaren is er een specifieke begeleiding tijdens de eerste week van hun dienstverband. Dit omvat:

- Meelopen met andere behandelaren voor intakes en het uitwerken ervan
- Een afspraak met de planning voor agendabeheer, caseload beheer en planning regels
- Verwerking van bovenstaande informatie in het inwerkschema

27

Documenten voor Nieuwe Medewerkers

Nieuwe medewerkers ontvangen voor aanvang van hun dienstverband de volgende documenten:

- Arbeidsovereenkomst
- Gedragscode
- Personeelsreglement
- ICT-reglement
- Verzuimreglement

We streven ernaar om met de uitgebreide “checklist Indiensttreding” de onboarding van nieuwe medewerkers zo efficiënt en prettig mogelijk te laten verlopen. Op die manier kunnen ze snel hun bijdrage leveren aan onze missie om uitstekende geestelijke gezondheidszorg te bieden.

3.3 Doorstroom

Doorstroommogelijkheden zijn binnen PIT toenemend aanwezig. De organisatie is thans nog groeiende. Doorgroei mogelijkheden zijn bijvoorbeeld: hoofd van een afdeling of locatie, seniorpsycholoog, interne opleiding tot psychotherapeut. Medewerkers volgen altijd groei v.w.b. de Functieschalen/ Tredes van de CAO GGZ.

3.4 Uitstroom

Bij uitstroom van een medewerker worden de volgende stappen volgens de "**Medewerker uit dienst**" checklist gevolgd. De medewerker ontvangt een bevestigingsbrief met daarin de einddatum van het dienstverband, eventuele transitievergoeding, openstaand verlof en vakantiegeld. De einddatum wordt vervolgens verwerkt in het KIBO-systeem.

In overleg met de medewerker, planning en de manager behandelzaken worden afspraken gemaakt over het overnemen van cliëntendossiers en de overdracht van administratieve taken. Het EPD-account van de medewerker wordt stopgezet door de Zorgadministratie, en indien van toepassing, wordt het Vektis-account ontkoppeld.

Het email account van de medewerker wordt onmiddellijk opgeheven door de directie assistent. Daarnaast zorgt de planning ervoor dat de sleutel en druppel van de behandelkamer worden ingeleverd door de (ex) medewerker (via een getekend formulier).

Indien gewenst wordt een eventuele referentie opgesteld en naar de (ex) medewerker gestuurd. De behandelkamer wordt opgeruimd en komt beschikbaar op het overzicht van beschikbare kamers (personeelszaken Excel).

Met zorg en professionaliteit handelen we bij de uitstroom van onze medewerkers om een soepele overgang te waarborgen en ervoor te zorgen dat eventuele administratieve en klinische zaken adequaat worden afgehandeld. Mocht u vragen hebben over het uitstroombroces, neem dan contact op met de afdeling Personeelszaken.

3.5 Opleiding/registraties

PIT houdt een "**Bevoegd en bekwaam register**" bij waarin, registratie en herregistratiedata BIG-register staat, LOGO-verklaring en datum verlenging masterpsychologen, Certificaten Postdoctorale beroepsopleidingen, zoals CGT, schematherapie, EMDR, Scholing Meldcode en Suïcidepreventie worden geregistreerd en bijgehouden.

In dit register worden zowel de werknemers als de zelfstandig beroepsbeoefenaren (incl. dependances) geregistreerd.

Praktijk InTeam vergoedt als werkgever de kosten voor herregistratie BIG-beroepen en verlenging LOGO-verklaring masterpsychologen en verzorgt de scholing Meldcode en Suïcide preventie. Praktijk InTeam stelt voorts haar regiebehandelaren en mede behandelaren in staat om hun deskundigheid op peil te houden, middels het o.a. volgen van hiertoe wetenschappelijk erkende opleidingen, alsmede stelt ze in staat tot regelmatige intervisie, supervisie en werkbegeleiding. Ook de Bhv'ers worden geregistreerd in het Bevoegd & bekwaam register. Diploma's, certificaten en studieovereenkomsten worden digitaal in het personeelsdossier opgeslagen. Het huidige opleidingsplan wordt op dit moment herschreven. Verschillende medewerkers volgen op dit moment een opleiding die door PIT wordt betaald. De opleiding wordt in de eigen tijd gedaan of er wordt verlof voor opgenomen.

3.6 Scholingsplan

[Scholingsplan Behandelaren PIT2025](#)

Het **“Scholingsplan”** van PIT heeft o.a. tot doel behandelaren in een specialistische GGZ-instelling te voorzien van de nodige kennis, vaardigheden en professionele ontwikkeling om uit te groeien tot competente en deskundige professionals in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

Dit opleidingsplan biedt behandelaren werkzaam bij PIT de kans om zich te ontwikkelen tot hooggekwalificeerde professionals die effectieve en ethische zorg kunnen bieden aan patiënten met complexe geestelijke gezondheidsproblemen. Het bevordert zowel persoonlijke groei als professionele groei in een dynamische en uitdagende omgeving.

3.7 HR-cyclus

De HR-cyclus van PIT bestaat uit verschillende fasen en activiteiten die gericht zijn op het effectief beheren en ontwikkelen van het personeelsbestand. Hieronder volgt een beschrijving van de belangrijkste onderdelen.

Strategische personeelsplanning

Het identificeren van de huidige en toekomstige personeelsbehoeften van PIT op basis van de organisatiestrategie en doelstellingen. Het analyseren van trends in de branche en de arbeidsmarkt om te anticiperen op veranderingen en mogelijke knelpunten in de bezetting.

29

Werving en selectie

- Het opstellen van functieprofielen en vacatureteksten.
- Het plaatsen van vacatures op externe sites
- Het beoordelen van sollicitaties en het selecteren van geschikte kandidaten.
- Het uitvoeren van sollicitatiegesprekken, assessments en referentiechecks.
- Het aanbieden van arbeidsovereenkomsten aan geselecteerde kandidaten.

On boarding en inwerkprogramma

- Het verwelkomen van nieuwe medewerkers en hen voorzien van relevante informatie over de organisatie, cultuur, procedures en verwachtingen.
- Het verstrekken van de benodigde middelen en toegang tot systemen.
- Het bieden van een gestructureerd inwerkprogramma dat nieuwe medewerkers helpt om snel productief en betrokken te worden.



Prestatiemanagement

- Het stellen van heldere doelen en verwachtingen voor medewerkers.
- Het voeren van regelmatige evaluatie- en functioneringsgesprekken om prestaties te bespreken, feedback te geven en ontwikkelingsbehoeften te identificeren.
- Het belonen en erkennen van goede prestaties.
- Het opstellen van persoonlijke ontwikkelingsplannen om de groei en ontwikkeling van medewerkers te stimuleren.

Talentontwikkeling

- Het aanbieden van trainingen, workshops en opleidingen om de kennis en vaardigheden van medewerkers te vergroten.
- Het stimuleren van interne mobiliteit en het bevorderen van een lerende cultuur.

Arbeidsvoorwaarden en compensatie

- Het beheren van de arbeidsvoorwaarden en het zorgen voor een marktconform beloningsbeleid.
- Het voeren van salarisonderhandelingen en het beoordelen van individuele beloningsvoorstellen.
- Het monitoren van de naleving van de cao en andere wet- en regelgeving met betrekking tot arbeidsvoorwaarden.

30

Mens en organisatie

- Het bevorderen van een positieve werkcultuur en werkomgeving.
- Het organiseren sociale evenementen en medewerkersbijeenkomsten.

Beëindiging en off boarding

- Het afhandelen van de uitdiensttreding van medewerkers, inclusief het regelen van administratieve processen en het beëindigen van arbeidsovereenkomsten.
- Het uitvoeren van exitgesprekken om inzicht te krijgen in de redenen van vertrek en mogelijke verbeterpunten.

3.8 Personeel

Personeelsdossiers

De personeelsdossiers worden centraal beheerd door de afdeling Personeelszaken van Praktijk InTeam. Deze dossiers zijn onderverdeeld in verschillende categorieën, namelijk:

- Stagiaires
- Behandelaren
- MT/ Directie
- Planning en Administratie

Elk personeelsdossier bevat dezelfde mappenstructuur, met daarin de volgende documenten:

- Arbeidsovereenkomsten
- Diploma's
- Functioneren
- Opleiding
- Overige documenten
- Verzuim

Minimaal zijn de volgende documenten opgeslagen: Arbeidsovereenkomsten, CV, diploma's en certificaten, VOG, sleutelovereenkomst, personeelspotovereenkomst, evt. studieovereenkomst, loonheffingsformulier, kopie ID, kopie bankpas, einde proeftijdgesprek, beoordelingsformulier (gesprekken), verzuimdocumentatie/gesprekken, inwerkschema.

31

Vertrouwelijkheid en Veiligheid

We benadrukken dat de personeelsdossiers vertrouwelijk zijn en alleen toegankelijk zijn voor geautoriseerd personeel van de afdeling Personeelszaken. De veiligheid van deze gegevens is van groot belang, en we nemen passende maatregelen om deze te beschermen conform de geldende wet- en regelgeving.

Met een goed georganiseerde en gestructureerde personeelsadministratie kunnen we een optimale werkomgeving creëren voor onze medewerkers en een efficiënte en professionele dienstverlening bieden aan onze cliënten. Mochten er vragen zijn over de personeelsadministratie of het inwerkprogramma, aarzel dan niet om contact op te nemen met de afdeling Personeelszaken.

Medewerkers hebben hun eigen map met daarin de bovenstaande documenten. Het nummer is gekoppeld aan het personeelsnummer wat uit Kibo komt. Als een medewerker uit dienst gaat wordt de map verplaatst naar 4- Personeel uit dienst. Na 3 jaar worden de gegevens verwijderd, behalve overeenkomst, loonheffing en ID dit moet volgens de belastingregels 7 jaar bewaard blijven.

Overeenkomsten en reglementen

- arbeidsovereenkomst, studieovereenkomst, aanhangsel arbeidsovereenkomst
- personeelsregeling, gedragscode, verzuimprotocol, ICT-protocol
- agressieprotocol, gedragsbeleid
- Kwaliteitshandboek/ Kwaliteitsstatuut PIT/ Professioneel Statuut;
- format functioneringsgesprek, beoordelingsformat, einde proeftijdgesprek
- Privacyverklaring voor loondienst PIT
- CAO GGZ

Salarisadministratie

Bij PIT loopt de personeels- en salarisadministratie vlot en efficiënt via KIBO/NMBRS. De Directie Assistent is verantwoordelijk voor het invoeren van gegevens en mutaties met betrekking tot personeelszaken en salarissen. Nieuwe medewerkers worden snel en nauwkeurig in het systeem ingevoerd, inclusief persoonlijke gegevens, dienstverband, contracten, salaris, verlof, reiskosten en inhoudingen.

Medewerkers hebben toegang tot hun persoonlijke gegevens via een inlogcode, zowel op de computer als via de handige app. Ze kunnen eenvoudig verlof aanvragen en hun loonstroken inzien. Mutatieformulieren kunnen ze online invullen en doorsturen naar KIBO/NMBRS. De Directie Assistent ontvangt meldingen van deze mutaties en kan ze na controle goedkeuren en verwerken. Zo verloopt alles snel en geordend.

Elke maand op de 14e hebben we contact met NMBRS om de door te voeren mutaties te bespreken en te controleren of alles correct is ingevoerd. Eventuele cao-wijzigingen worden doorgevoerd door KIBO/NMBRS en met ons doorgenomen.

De salarisbetaling vindt plaats op de 22e van elke maand. Naast KIBO houden we een schaduwdocument bij, waarin we belangrijke gegevens zoals contractdetails en beoordelingsgesprekken vastleggen. Deze aanvullende gegevens worden zorgvuldig bewaard voor een compleet overzicht.

Managementinformatie over salarissen en belastingen wordt elke maand met de salarisrun uit het systeem gedownload en veilig opgeslagen op de managementschijf onder de map 'salarisadministratie'. Ons accountantskantoor heeft toegang tot deze gegevens voor professionele ondersteuning.

Ons moderne HR+-systeem is sinds 1 mei 2022 operationeel en volledig ingericht met alle medewerkersgegevens. We blijven het systeem optimaliseren en onderzoeken de extra mogelijkheden, zoals het uploaden van documenten, het vastleggen van beoordelingsgesprekken en andere handige functionaliteiten om onze processen nog efficiënter te maken. Zo blijven we vooroplopen in geavanceerd personeelsbeheer.

Bij PIT zetten we in op moderne administratieve oplossingen om onze medewerkers en organisatie soepel te laten functioneren. Zo kunnen we ons volledig richten op het bieden van hoogwaardige geestelijke gezondheidszorg aan onze cliënten.



4. Inkoop

Binnen PIT wordt gewerkt met enkele externe organisaties die de Stafdiensten uitvoeren en/of hierbij ondersteuning bieden. Tevens wordt samengewerkt met zelfstandig gevestigde behandelaren die aan het primaire proces werken vanuit een eigen praktijklocatie en zelfstandige behandelaren zonder eigen praktijklocatie

4.1 Externe/ondersteunende dienstverleners

Bij het selecteren van externe leveranciers voor PIT is het belangrijk om zorgvuldig te evalueren of ze voldoen aan bepaalde eisen en criteria.

Kwaliteit en deskundigheid

- Leveranciers moeten beschikken over de juiste vergunningen, accreditaties en certificeringen.
- Ze dienen te beschikken over een team van hooggekwalificeerde professionals met relevante ervaring en expertise op het gebied van geestelijke gezondheidszorg.
- Ze moeten op de hoogte zijn van de nieuwste ontwikkelingen en beste uitvoering hiervan in de GGZ en deze kunnen toepassen in hun dienstverlening.

Algemene kwaliteitseisen zijn:

- *Betrouwbaarheid en reputatie*
Leveranciers dienen een solide reputatie te hebben en aantoonbaar betrouwbaar te zijn in het nakomen van afspraken en het leveren van kwalitatief hoogwaardige diensten.
- *Privacy en gegevensbeveiliging*
Gezien de gevoelige aard van de gegevens van PIT, moeten leveranciers voldoen aan strenge normen voor gegevensbeveiliging en privacybescherming. Ze moeten kunnen aantonen dat ze voldoen aan relevante wet- en regelgeving, zoals de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) of andere nationale/internationale gegevensbeschermingsrichtlijnen.
- *Flexibiliteit en maatwerk*
Leveranciers moeten in staat zijn om flexibel in te spelen op de specifieke behoeften en vereisten van PIT, denk hierbij aan 24 uur beveiliging Elaborate, schoonmaak die alleen in de avond komt. Ze moeten openstaan voor samenwerking en het bieden van maatwerkoplossingen om te voldoen aan de unieke eisen van de instelling.
- *Kosten en waarde*
Hoewel kosten belangrijk zijn, moet de focus liggen op de waarde die de leverancier biedt in termen van kwaliteit, efficiëntie en impact op de zorgverlening. Er moet een evenwicht zijn tussen kosten en de waarde die de leverancier toevoegt aan PIT.

Periodieke leveranciersbeoordeling

Als onderdeel van ons streven naar uitmuntendheid en het waarborgen van de kwaliteit van dienstverlening, voeren we regelmatig beoordelingen uit van onze externe leveranciers. Dit proces is bedoeld om de prestaties van de leverancier te evalueren, te beoordelen of ze voldoen aan onze verwachtingen en te identificeren waar verbeteringen mogelijk zijn. Het is van belang om een grondige beoordeling uit te voeren bij het selecteren van externe leveranciers. Door deze eisen in acht te nemen, kan PIT samenwerken met betrouwbare partners die bijdragen aan de kwaliteit. De beoordeling wordt uitgevoerd aan de hand van een **“Formulier Leveranciersbeoordeling”**

Dit beleid beschrijft de procedure voor de beoordeling en selectie van leveranciers, evenals de periodieke evaluatie om de kwaliteit en samenwerking continu te waarborgen en te verbeteren.

1. Doel van de Leveranciersbeoordeling

Het doel van de leveranciersbeoordeling is om:

- De kwaliteit van geleverde producten en diensten te waarborgen;
- De samenwerking met leveranciers te optimaliseren.
- Risico's in de toeleveringsketen te minimaliseren.
- De kosten-efficiëntie te verbeteren.
- Te voldoen aan interne en externe kwaliteitsnormen en regelgeving.

2. Toepassingsgebied

Dit beleid is van toepassing op alle leveranciers van goederen en diensten aan Praktijk InTeam. Dit omvat, maar is niet beperkt tot, leveranciers van medische apparatuur, kantoorbenodigdheden, schoonmaakdiensten, IT-diensten, en overige facilitaire diensten.

34

3. Selectie van Leveranciers

Bij de selectie van nieuwe leveranciers worden de volgende criteria gehanteerd:

- Kwaliteit van producten/diensten: De geleverde producten of diensten moeten voldoen aan de vastgestelde specificaties en kwaliteitsnormen.
- Betrouwbaarheid: De leverancier moet aantoonbare ervaring hebben en in staat zijn om tijdig te leveren.
- Kosten: De kosten moeten in verhouding staan tot de kwaliteit en marktconform zijn.
- Service en ondersteuning: De leverancier moet adequate service en ondersteuning bieden, waaronder garantie en after-sales service.
- Certificeringen: De leverancier moet beschikken over relevante certificeringen, zoals ISO 9001, indien van toepassing.
- Milieu en duurzaamheid: De leverancier moet aantonen dat zij milieuvriendelijke en duurzame werkwijzen toepassen, indien relevant.

4. Periodieke Beoordeling van Leveranciers



Praktijk InTeam zal jaarlijks alle actieve leveranciers evalueren aan de hand van een gestructureerd beoordelingssysteem. De beoordeling omvat de volgende categorieën:

- Kwaliteit van de Leveringen: Voldoen de geleverde producten of diensten aan de specificaties en verwachtingen?
- Levertijd: Worden producten en diensten binnen de afgesproken tijd geleverd?
- Communicatie en Klantgerichtheid: Hoe effectief en klantgericht is de communicatie met de leverancier?
- Kostenbeheersing: Zijn de prijzen marktconform en consistent? Zijn er onvoorziene kosten ontstaan?
- Flexibiliteit: Hoe goed kan de leverancier inspelen op veranderingen in de vraag of specifieke verzoeken?
- Oplossend Vermogen: Hoe snel en adequaat worden eventuele problemen opgelost?

5. Procedure Leveranciersbeoordeling

- Verzamelen van Gegevens: Voor elke leverancier worden gegevens verzameld op basis van de bovengenoemde categorieën. Dit gebeurt door de directie in samenwerking met betrokken afdelingen.
- Scoren van Leveranciers: Elke categorie wordt beoordeeld met een score van 1 tot 5, waarbij 1 staat voor 'onvoldoende' en 5 voor 'uitstekend'. Een totaal gemiddelde score wordt berekend voor elke leverancier.
- Beoordelingsvergadering: De scores worden besproken in het MT, waarbij de directie en de betrokken afdelingen aanwezig zijn. Op basis van de resultaten wordt een besluit genomen over het voortzetten, verbeteren of beëindigen van de samenwerking.
- Actieplan: Indien nodig wordt een actieplan opgesteld voor leveranciers die lager dan een 3,5 gemiddeld scoren, met concrete verbeterpunten en een evaluatietermijn.

35

Documentatie: De resultaten van de beoordeling en eventuele actieplannen worden vastgelegd in het leveranciersbestand in Excel, inclusief een korte samenvatting van de bevindingen en besluiten.

6. Communicatie met Leveranciers

Leveranciers worden op de hoogte gesteld van hun beoordeling. Bij een positieve beoordeling wordt de samenwerking voortgezet. Indien verbeterpunten zijn vastgesteld, worden deze schriftelijk gecommuniceerd, samen met het actieplan en de evaluatietermijn. Bij een negatieve beoordeling kan worden besloten de samenwerking te beëindigen, dit wordt eveneens schriftelijk bevestigd met duidelijke redenen.

7. Verantwoordelijkheden

- Directie/ Bestuur: Verantwoordelijk voor het verzamelen van beoordelingsgegevens, het uitvoeren van de beoordeling, en het onderhouden van het leveranciersbestand.
- Afdelingen: Verantwoordelijk voor het aanleveren van input en feedback voor de beoordeling.



- Directie/ Bestuur: Verantwoordelijk voor de uiteindelijke goedkeuring van de beoordelingen en actieplannen.

5. Dependances en Regiebehandelaren op ZZP-basis

Praktijk InTeam heeft zelfstandige behandelaren met een eigen praktijk die onder de noemer van PIT behandelingen in de monodisciplinaire SGGZ verzorgen. Zij zijn bij de KVK ingeschreven als Dependances van PIT.

Tevens werken enkele regiebehandelaren binnen de Poli's van PIT op basis van een overeenkomst van opdracht. Hierbij wordt rekening gehouden met de eisen van de Wet DBA en de eisen vanuit de contracten met de zorgverzekeraars. Vanaf 2026 zullen wij daarom alleen nog Psychiaters en KP op ZZP-basis op PIT betrokken kunnen hebben.

Om geaccepteerd te worden als Dependance zijn vereisten relevante ervaring met het behandelen van patiënten binnen de SGGZ, een praktijkruimte die voldoet aan de GGZ-richtlijnen, een positieve Verklaring Omtrent Gedrag en een geldige inschrijving bij de KVK, die door PIT wordt aangevraagd en geregistreerd (opgeslagen op de schijf).

Als een behandelaar zich wil aanmelden bij PIT als nieuwe Dependance, krijgt deze eerst informatie toegestuurd met daarin in het kort het beleid, regels en voorwaarden en de tarieven die gehanteerd worden voor de Dependances. Als Dependance dan nog interesse heeft, volgt een (online) gesprek met de manager van de Dependances waarin uitgebreid het inhoudelijk beleid van PIT wordt besproken en bezien of betreffende behandelaar hieraan kan of wil voldoen.

Bij groen licht door de Manager Dependances wordt er volgens de checklist 'nieuwe zzp'er' de volgende informatie opgevraagd, ID-bewijs, foto's van praktijkruimte, bankgegevens, VOG-verklaring, diploma's, certificaten, CV e.d. Als al deze documenten zijn gecheckt wordt de overeenkomst van opdracht en de Verwerkersovereenkomst opgemaakt en verstuurd (management = PIT = Personeelszaken = ZZP'ers - Dependances dossiers=format contracten & formulieren). Ook krijgt de Dependance de benodigde documentatie toegestuurd zoals ook gelden voor alle medewerkers van PIT, zoals de gedragscode, privacyverklaring, kwaliteitshandboek, kwaliteitsstatuut & professioneel Statuut, Algemene voorwaarden, format brieven etc.

Er wordt een Emailaccount en EPD- accountonline aangemaakt. Dependance wordt zo nodig getraind in het werken binnen het EPD.

Er wordt een locatiebezoek ingepland. Het verslag van het locatiebezoek inclusief foto's wordt opgeslagen in het dossier.

De Dependances:

- Zijn zelf verantwoordelijk voor de Instroom van patiënten;
- Zijn verantwoordelijk voor de dossiervoering en het voldoen aan de dossiereisen voor hun patiënten. Bij gebleken fouten worden zij hierop aangesproken door de manager Dependances en wordt hen verzorgd het dossier op orde te maken;
- Plannen zelf hun afspraken en van de eventueel op hun patiënten betrokken Regiebehandelaren in;
- Bij gebleken bij herhaling niet voldoen aan de eisen wordt een exitgesprek gevoerd door manager met betreffende Dependance en kan besloten worden de OVK op te zeggen/ te



verbreken. Indien zo, wordt gezien hoe de betreffende Dependances onder de noemer van PIT in behandeling zijnde SGGZ-patienten afgesloten of overgedragen kunnen worden;

- Stopt een Dependance dan wordt deze uitgeschreven bij de KvK, EPD en Emailadres wordt gecancelld.



6. Communicatie & Marketing

6.1 Marktonderzoek

Doelstellingen:

- Vergroten van de naamsbekendheid van PIT bij potentiële patiënten en verwijzers.
- Informeren van de doelgroep over de expertise, diensten en behandelingsmogelijkheden van PIT.
- Opbouwen van een positief imago en versterken van het merk van PIT door deelname door betreffende manager aan regionale samenwerkingsverbanden/ netwerken Mentale Gezondheid. Ingaan op Noodkreten vanuit de huisartsen.
- Deelname door behandelaren aan opdrachten vanuit de IZA en de opvolger het AZWA, zoals aan het Verkennend Gesprek en Samenwerkingen met het Sociale Domein;
- Persoonlijk contact door Manager Beleid en Externe Relaties/ Zorginkoper van PIT binnen de contractonderhandelingen met de zorgverzekeraars.

Doelgroep:

- Potentiële patiënten met een zorgvraag in de specialistische geestelijke gezondheidszorg.
- Verwijzers, zoals huisartsen, psychiaters en Ketenpartners;
- Werving Behandelaren;
- Werving Ondersteunend Personeel

Positionering:

- De unieke waarde propositie van PIT benadrukken in de communicatie-uitingen.
- PIT positioneren als een toonaangevende aanbieder van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, met focus op kwaliteit, expertise en zorg op maat.

6.2 Communicatie

Communicatiestrategie:

- PIT heeft een geïntegreerde communicatiestrategie die gebruik maakt van verschillende kanalen om de doelstellingen te bereiken.
- PIT maakt gebruik van online en offlinekanalen, waaronder de website, sociale media, nieuwsbrieven, brochures en advertenties.
- Zorg voor consistente en coherente boodschappen in alle communicatie-uitingen.

Contentstrategie:

- Creëer relevante en waardevolle content die aansluit bij de behoeften en interesses van de doelgroep.

Online aanwezigheid:

- Optimaliseert de website van de PIT voor zoekmachines (SEO) om beter gevonden te worden door potentiële cliënten en verwijzers.



- Beheert actieve en boeiende profielen op relevante sociale mediakanalen en deelt regelmatig waardevolle content.
- Faciliteert interactie en betrokkenheid op sociale media door het beantwoorden van vragen en het reageren op opmerkingen.

Samenwerking met verwijzers:

- Identificeer en bouw strategische relaties op met verwijzers, zoals huisartsen en andere zorgverwijzers, om de samenwerking en verwijzingen te stimuleren.

Interne communicatie:

- Zorgt voor effectieve interne communicatie om ervoor te zorgen dat medewerkers goed geïnformeerd zijn over de marketingactiviteiten en het beleid van PIT door middel van regelmatige updates, nieuwsbrieven of interne bijeenkomsten.

Marketingdoelstellingen Monitoring en evaluatie:

- Meet en evalueert regelmatig de effectiviteit van de communicatie- en marketinginspanningen aan de hand van relevante KPI's, zoals websiteverkeer, bereik op sociale media, verwijzingen en tevredenheidsonderzoeken.
- Past de strategie en tactieken aan op basis van de resultaten en feedback om de doelstellingen te bereiken.

Budgetbeheer:

- Er is een marketingbudget de financiële middelen worden efficiënt beheert om de communicatie- en marketingactiviteiten uit te voeren.
- De kosten en baten worden gemonitord van de verschillende marketingkanalen en tactieken en indien nodig worden aanpassingen gedaan.

7. Facilitair

Het facilitaire proces van PIT omvat verschillende taken en verantwoordelijkheden die bijdragen aan een goed functionerende en veilige werkomgeving voor medewerkers en een comfortabele omgeving voor cliënten. Hieronder volgt een beschrijving van het algemene proces van de facilitaire afdeling.

Vorbereiding en planning

De facilitaire medewerker begint met het plannen van de facilitaire behoeften op basis van de vereisten van PIT. Dit omvat het identificeren van de benodigde middelen zoals, apparatuur, materialen en externe dienstverleners.

Er wordt rekening gehouden met verschillende aspecten, zoals de grootte van PIT, het aantal medewerkers en cliënten, de beschikbare budgetten en de geldende wet- en regelgeving.

Coördinatie van facilitaire diensten

De facilitaire medewerker coördineert en beheert verschillende facilitaire diensten, zoals schoonmaak, catering, beveiliging (alleen contact mee), onderhoud (contact met klusbedrijf).

Onderhoud en reparaties

De facilitaire medewerker regelt het onderhoud en de reparatie van het gebouw, ruimtes en faciliteiten binnen PIT.

Ze voert regelmatig inspecties van de behandelkamers uit om mogelijke gebreken of problemen te identificeren en initieert passende acties om deze op te lossen.

Ze coördineert planning van onderhoudswerkzaamheden en reparaties met interne teams en externe leveranciers om de impact op de dagelijkse activiteiten te minimaliseren.

Veiligheid en beveiliging

De beveiliging van het gebouw is de verantwoordelijkheid van de beveiliging ingehuurd door het UWV (begane grond entree). De facilitair medewerker plant de afspraken voor de bhv overleggen, acties die daaruit voortvloeien en maakt de notulen. Ook is de medewerker verantwoordelijk voor de RI&E voor het waarborgen van een veilige omgeving voor medewerkers, cliënten en bezoekers.

Communicatie en samenwerking

De facilitair medewerker communiceert regelmatig met andere interne afdelingen (IT, Planning en DA) facilitaire behoeften af te stemmen en eventuele problemen of verzoeken aan te pakken.

Door middel van een goed gestructureerd en effectief facilitair proces zorgt de facilitaire afdeling ervoor dat de GGZ-instelling goed functioneert en een veilige en comfortabele omgeving biedt voor medewerkers en cliënten.

Het onderhoud en schoonmaak van de openbare ruimtes van de locatie Platinaweg, is de verantwoordelijkheid van de verhuurder (Jovi). Onder openbare ruimtes vallen de wachtruimte, liften, toiletten, keukens (lange vleugel) en de trappenhuizen. Zijn er in deze ruimten

gebreken/storingen dan wordt de verhuurder gemaild of gebeld door de planning om deze storingen/gebreken te verhelpen. De schoonmaak van deze ruimtes gebeurt dagelijks door een schoonmaakbedrijf van Jovi. Het onderhoud en de inrichting van de behandelkamers en de kantoren is de verantwoordelijkheid van PIT. Deze ruimtes worden elke woensdagavond schoongemaakt voor een extern schoonmaakbedrijf. Technische werkzaamheden in deze ruimtes (schilderen, vloerbedekking enz.) worden uitgevoerd door een extern klusbedrijf. Verlichting behoort wel tot de verantwoordelijkheden van de verhuurder. Elke nieuwe behandelaar krijgt een ingerichte kamer die ze naar hun eigen stijl verder kunnen inrichten. PIT regelt het meubilair, de computer en de kantoorartikelen.

RI&E

PIT laat indien nodig een RIE uitvoeren, bij wijzigingen/verbouwingen/verhuizingen/uitbreidingen etc. en periodiek een RIE uit en zorgt voor continue opvolging van het plan van aanpak. De RIE wordt enkel uitgevoerd door een daartoe gecertificeerde derde.

8. Financiële administratie

Het beleid van de financiële administratie van PIT is gericht op het waarborgen van nauwkeurige en transparante financiële processen. Het doel is om te zorgen voor een effectieve en efficiënte financiële bedrijfsvoering, met inachtneming van relevante wet- en regelgeving. Hierbij zijn enkele belangrijke aspecten van het beleid:

Financiële planning en budgettering: Het opstellen van een gedetailleerde financiële planning en het vaststellen van een budget dat aansluit bij de doelstellingen van PIT. Hierbij wordt rekening gehouden met zowel de inkomsten als de uitgaven.

Facturatie en declaraties: Het zorgvuldig verwerken van facturatie en declaraties, waarbij wordt voldaan aan de geldende richtlijnen en procedures. Dit omvat het tijdig indienen van declaraties bij zorgverzekeraars en andere betrokken partijen, en het zorgen voor correcte en volledige facturatie.

Financiële rapportage en analyse: Het maken van tijdige en accurate financiële rapporten om inzicht te bieden in de financiële gezondheid van de instelling. Hierbij wordt gebruik gemaakt van relevante financiële indicatoren en ratio's, en worden eventuele afwijkingen geanalyseerd en opgevolgd.

Interne controle en compliance: Het implementeren van interne controlesystemen en procedures om de nauwkeurigheid en integriteit van financiële gegevens te waarborgen. Dit omvat onder andere het regelmatig uitvoeren van interne controles en audits, het opvolgen van aanbevelingen en het zorgen voor naleving van wet- en regelgeving op financieel gebied.

Samenwerking met andere afdelingen: Het onderhouden van nauwe samenwerking met andere afdelingen binnen PIT, zoals de behandelaren en de planning. Dit om ervoor te zorgen dat financiële processen goed geïntegreerd zijn in het beleid van PIT

9. ICT

Het ICT-beleid voor PIT omvat richtlijnen en procedures met betrekking tot het effectieve en veilige gebruik van informatietechnologie binnen de organisatie. Hieronder volgt een beschrijving van de belangrijkste elementen van het ICT-beleid:

Beveiliging van gegevens

- Het implementeren van passende technische en organisatorische maatregelen om de vertrouwelijkheid, integriteit en beschikbaarheid van gegevens te waarborgen.
- Het opstellen en handhaven van beleid voor wachtwoordbeheer, toegangscontrole en gegevensversleuteling.
- Het regelmatig uitvoeren van beveiligingsaudits en risicoanalyses om potentiële kwetsbaarheden te identificeren en aan te pakken.

Gebruik van computersystemen en netwerken

- Het opstellen van richtlijnen voor het gebruik van computersystemen, netwerken en andere ICT-middelen.
- Het definiëren van acceptabel gebruik, inclusief het verbieden van ongeoorloofde activiteiten zoals het downloaden van illegale software of het bezoeken van onveilige websites.
- Het reguleren van het gebruik van externe opslagmedia en persoonlijke apparaten op de werkplek.

44

Softwarelicenties en -updates:

- Het waarborgen van naleving van softwarelicenties en het vermijden van illegaal gebruik van software.
- Het implementeren van een systeem voor het monitoren en bijwerken van software om ervoor te zorgen dat alle systemen up-to-date zijn met de nieuwste beveiligingspatches en bugfixes.

Back-up en herstel:

- Het opstellen van richtlijnen en procedures voor het maken van regelmatige back-ups van belangrijke gegevens.
- Het testen van de back-up- en herstelprocedures om ervoor te zorgen dat gegevens snel en volledig kunnen worden hersteld bij eventuele incidenten.

Gebruikersondersteuning en training:

- Het bieden van voldoende gebruikersondersteuning aan medewerkers voor het oplossen van ICT-gerelateerde problemen.
- Het verstrekken van training en educatieve programma's om medewerkers op de hoogte te houden van nieuwe technologieën en best practices op het gebied van ICT-beveiliging.

Privacy en gegevensbescherming:

- Het naleven van alle toepasselijke wet- en regelgeving met betrekking tot de privacy en bescherming van persoonlijke gegevens, zoals de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).
- Het opstellen van een privacy beleid en het informeren van medewerkers over hun verantwoordelijkheden met betrekking tot gegevensbescherming.

Incidentrespons:

- Het ontwikkelen van een plan voor incidentrespons en het vaststellen van procedures voor het melden en aanpakken van ICT-gerelateerde incidenten, zoals gegevensinbreuken of systeemstoringen.

45

Continuïteitsplanning:

- Het identificeren van kritieke systemen en het ontwikkelen van een continuïteitsplan om ervoor te zorgen dat de bedrijfsactiviteiten kunnen worden voortgezet in geval van calamiteiten of storingen.

Beheer

Beheer en beveiliging van het netwerk is uitbesteed aan Elaborate voor het de meeste werkzaamheden (zie hierboven). Intern is er een medewerker ICT dit nauw contact heeft met Elaborate en snel kan schakelen bij ICT-problemen op de werkvloer.

10. Kwaliteitssysteem

Het kwaliteitssysteem van onze organisatie wordt gevormd door in dit hoofdstuk beschreven onderdelen. De betreffende documentatie is overzichtelijk verzameld in de Teams-map Kwaliteit & Risico.

10.1 Kwartaalrapportages

De kritische (en meetbare) prestatie-indicatoren op het gebied van kwaliteit per bedrijfsonderdeel (zorg, planning, personeel etc.) zijn opgenomen in een Excelformat **Kwartaalrapportage**. Na afloop van elk kwartaal dienen de indicatoren te worden gemeten en ingevuld. Vervolgens worden de resultaten besproken met de directie, waarna eventuele verbetermaatregelen worden geregistreerd.

10.2 Kwaliteitsdoelen

Alle kwaliteitseisen die voortvloeien uit wet- en regelgeving, richtlijnen/standaarden, beroepsgroep, eisen zorgverzekeraars, eisen keurmerken, intern beleid etc. worden vastgelegd in het document **kwaliteitsdoelenoverzicht**. Hierbij wordt tevens vermeld hoe de doelen kunnen worden gemeten en/of gemonitord, bijvoorbeeld door middel van een interne audit of door maandelijkse bespreking in een kwaliteitsoverleg. Verbetermaatregelen worden opgenomen in het Excel-document Verbetermaatregelen.

46

10.3 Interne audit

De interne audits vinden op procesgerichte wijze plaats, dus op één van de onderwerpen uit de hoofdstukken van dit kwaliteitshandboek. Tevens zullen themagerichte of prestatiegerichte interne audits plaatsvinden, zoals op het gebied van communicatie, veiligheid of cultuur.

Jaarlijks worden één of meerdere bedrijfsprocessen worden ge-audit, waarbij het doel het verbeteren van de processen en minimaliseren van risico's is. Bij de interne audits worden ook de prestaties van de dependances meegenomen.

De interne audit zal conform het plan van aanpak plaatsvinden en de rapportage van de uitkomsten wordt in hetzelfde document '**Rapportage Interne Audit**' vastgelegd.

10.4 Verbetermaatregelen (pdca-cyclus)

Naar aanleiding van de rapportage van de interne audit worden verbetermaatregelen opgesteld. De maatregelen worden zoveel mogelijk SMART geformuleerd en opgenomen in het Excelbestand '**Verbetermaatregelen**'. De voortgang wordt gemonitord en de verbetering gemeten, zodat er een aantoonbare plan, do, check, act cyclus ontstaat. Indien nog niet het gewenste resultaat is bereikt,

worden opnieuw doelen gesteld, waarna opnieuw wordt vastgesteld of voldoende verbetering is opgetreden.

10.5 Systeembeoordeling

De systeembeoordeling vindt jaarlijks plaats in het eerste kwartaal. Hierbij wordt aan de hand van een invulformat door de directie beoordeeld of het kwaliteitssysteem daadwerkelijk tot voldoende en structurele verbetering leiden. Indien dit niet het geval is, zal de directie in samenwerking met het kwaliteitsteam zodanige maatregelen nemen om het systeem in te richten op een wijze dat het vergoten van de kwaliteit kan worden bereikt.

10.6 Kwartaaloverleg Directie/MT

Minimaal ieder kwartaal vindt een overleg plaats tussen het management en de directie, waarbij de kwaliteitsdoelen (o.a. KPI's), verbetermaatregelen en algemene zaken omtrent het kwaliteitssysteem worden besproken. Het Excelbestand **'Kwaliteitsdoelen PIT'** dient hierbij als basis.



Bijlage A Overzicht belanghebbenden

Interne partijen	Externe partijen	Toelichting	Eisen	Invloed	Actie
Medewerkers		Zorgverleners en ondersteunend (intern en extern)	Nakoming cao, contractuele afspraken, goed werkgeverschap.	Goede zorgverlening en functioneren organisatie als geheel.	Periodiek tevredenheidsonderzoek.
Aandeelhouders			Continuïteit, financieel gezond, goed bestuur.	Continuïteit, mogelijkheden groei, beoordeling bestuur.	Periodiek verantwoording afleggen
Dependances		Zelfstandige gevestigde behandelaren	Goede samenwerkingsafspraken en nakoming daarvan. Werkgeluk/voldoening. Eigen regie.	Goede zorgverlening, mogelijkheden groei en landelijke spreiding.	Periodiek samenwerking evalueren.
Raad van Commissarissen		3 leden	Continuïteit, financiën, goed bestuur, kwaliteit algemene dienstverlening en naleving juridische en maatschappelijke normen.	Advies, goedkeuringsrecht, informatierecht.	Periodiek overleg.
	Toezichthouder	IGJ (kwaliteit), Nza (financieel), ZIN (verzekerde zorg), AP.	Voldoen aan wettelijke verplichtingen (Wkkgz, WGBO, Wet BIG, Wmcz, WTZi/WTZa, kwaliteitsstatuut ggz, beroepscode, AVG, NZa tariefbeschikking)	Organisatie zorg, inrichting organisatie, last onder dwangsom, boete, invordering vergunning, hoogte vergoeding zorg.	Periodiek compliance toetsen
	Zorgverzek.	Diversen	Eisen in verband met organisatie van de zorg, kans op materiële controles.	Organisatie zorg, (hoogte) vergoeding zorg, materiële controles.	Periodiek eisen nagaan, plan van aanpak materiële controles.
	Patiënten en Naasten		Goede (organisatie en kwaliteit van) zorg, tijdig en bereikbaar, vakkundig personeel, goede begeleiding, (begrijpelijke) informatievoorziening.	Beoordeling functioneren organisatie. Claims/procedures n.a.v. klachten.	Doorlopend tevredenheidsonderzoek.
Cliëntenraad			Informatievoorziening, duidelijke kaders voor taakuitoefening, daadwerkelijke invloed.	Goedkeuring/afwijzing beleidsvoornemen, advies.	Periodiek evalueren.
	Leveranciers		Duidelijke samenwerkingsafspraken en nakoming daarvan.	Goed functioneren organisatie en voldoen aan wettelijke verplichtingen.	Periodiek evalueren.
	Verwijzers en samenwerkingspartners (sociale) Media		Duidelijke samenwerkingsafspraken.	Functioneren organisatie.	Periodiek evalueren.
	Scholen en opleidingsinstellingen		Zichtbaarheid, geen negatieve publiciteit.	Bekendheid en (goede) naam organisatie.	Periodiek evalueren.
	Omwonenden		Stageplekken	Aantrekken jonge arbeidskrachten.	Periodiek communiceren.
			Geen overlast.	Goede naam organisatie, uitbreidingsmogelijkheden.	Periodiek evalueren.