



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Rapport van het inspectiebezoek op  
11 maart 2019 aan Forte GGZ te Groningen



## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding 4</b>
1.1	Aanleiding en belang 4
1.2	Doelstelling 4
1.3	Methode 4
1.4	Toetsingskader 5
1.5	Beschrijving locatie 5
<b>2</b>	<b>Resultaten inspectiebezoek 7</b>
2.1	Persoonsgerichte Zorg 7
2.2	Deskundige hulpverlener 8
2.3	Sturen op kwaliteit en veiligheid 10
<b>3</b>	<b>Conclusies 13</b>
<b>4</b>	<b>Handhaving 14</b>

## 1 Inleiding

Op 11 maart 2019 heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd een toezichtbezoek gebracht aan Forte GGZ te Groningen. Dit bezoek vond plaats in het kader van de toezichtronde Thematoezicht middelgrote geestelijke gezondheidszorg- en verslavingszorginstellingen (ggz). In dit rapport beschrijft de inspectie de resultaten, trekt zij haar conclusies en geeft zij zo nodig aan welke maatregelen zij treft naar aanleiding van de bevindingen.

### 1.1 Aanleiding en belang

De middelgrote instellingen maken een substantieel deel uit van de ketenzorg in de ggz. Binnen deze keten vormen zij een belangrijke schakel door de afbouw van de klinische capaciteit naar de specialistische ggz en generalistische basis ggz. Dit is een belangrijke aanleiding voor deze toezichtronde.

### 1.2 Doelstelling

Het doel van het inspectiebezoek is om te beoordelen of de zorgverlening aan de voorwaarden voor veilige en goede zorg voldoet. De inspectie maakt hiervoor gebruik van relevante gezondheidswet- en regelgeving, (veld)normen en daarop gebaseerde richtlijnen en standaarden. Daarnaast gebruikt de inspectie de bevindingen uit dit toezicht om haar toezichtmodel, waarbij risicofactoren in de patiëntenzorg zo vroeg mogelijk kunnen worden onderkend, verder te ontwikkelen.

### 1.3 Methode

De inspectie voert in de periode oktober 2018 tot en met maart 2019 een onderzoek uit onder tien ggz-instellingen die niet tot de grote geïntegreerde ggz-instellingen behoren maar in de midden categorie vallen<sup>1</sup>. Het toezicht richt zich op de gespecialiseerde en/of de generalistische basis ggz en, indien van toepassing, op zorg geleverd op basis van de Wet Langdurige zorg (Wlz). Tijdens haar bezoek beoordeelt de inspectie of de zorgverlening aan de voorwaarden voor veilige en goede zorg voldoet. De inspectie voert gesprekken met leden van het management/directie, regie behandelaren en uitvoerende medewerkers. Naast gesprekken voert de inspectie dossieronderzoek uit en krijgt de inspectie inzage in kwaliteitsdocumenten.

Tijdens het bezoek staan de volgende drie thema's centraal:

- Persoonsgerichte zorg (waaronder behandelplan, dossiervoering, medicatieveiligheid, wachttijden);
- Deskundige zorgverlener;
- Sturen op kwaliteit en veiligheid.

De inzage in patiëntendossiers beperkt zich tot maximaal vijf dossiers, waarbij in het bijzonder wordt nagegaan of de dossiervoering adequaat is wat betreft het behandelplan, het medicatiebeleid en het gebruik van de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en de 'kindcheck'. De dossiers worden ter plaatse willekeurig gekozen. Het is niet nodig dat patiënten vooraf toestemming geven voor inzage in hun dossier<sup>2</sup>. De inspectie vraagt wel aan de behandelaar een aantekening te maken in het dossier, zodat de betreffende patiënt kennis kan nemen van inzage door de inspectie.

<sup>1</sup> 'Middelgrote instellingen' zijn gedefinieerd als instellingen met een jaaromzet van 1 tot 30 miljoen Euro.  
<sup>2</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/04/18/kamerbrief-over-beleidskader-inzagebevoegdheid-patienten-clienten-zorgdossiers>

#### 1.4 Toetsingskader

De inspectie heeft voor deze toezichtronde een toezichtinstrument ontwikkeld waarin zij heeft vastgelegd welke thema's en vragen aan de orde komen en welke normen daarbij worden gehanteerd. Het toezichtinstrument is gebaseerd op relevante gezondheidswet- en regelgeving, (veld)normen en daarop gebaseerde richtlijnen en standaarden.

Deze normen zijn in het bijzonder afkomstig uit of afgeleid van:

- Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz; 2016);
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG; 1993);
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst: Wijzigingswet;
- Burgerlijk Wetboek (WGBO; 1994);
- Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (2015);
- Richtlijn psychiatrische diagnostiek, NVvP (2015);
- Model kwaliteitsstatuut GGZ (2016);
- Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg KNMG (2010);
- Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag, Trimbos instituut (2012);
- Algemene verordening gegevensbescherming (AVG);
- Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit, Trimbos instituut (2010);
- NHG-richtlijn informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ (2011);
- Richtlijn Medicatieoverdracht (2011);
- Richtlijn Elektronisch Voorschrijven, KNMG (2013);
- Nederlandse Apotheek Norm (NAN, 2006);
- Standaard Farmaceutische zorg in GGZ-instellingen, GGZ Nederland, (2016);
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen (2011);
- Handreiking patiëntveiligheid vanuit het perspectief van cliënten en familie, LPGGz (2010);
- Beleidskader Goede zorg vraagt om goed bestuur, VWS (2016).

#### 1.5 Beschrijving locatie

##### *Organisatiestructuur en visie*

Forte GGZ is in 2014 ontstaan en inmiddels uitgebreid tot vier vestigingen in Assen, Groningen, Leeuwarden en Zwolle. De instelling streeft naar een platte organisatie met weinig managers. Forte GGZ heeft een éénhoofdig bestuur (tevens directeur-bestuurder) met daaronder een directeur Zorg en een aantal managers. Er is een samenwerkingsverband met OCRN (Kinder- en Jeugd GGZ). De bestuurder van Forte GGZ is tevens bestuurder van OCRN en de directeur zorg van Forte GGZ is tevens directeur Zorg én inhoudelijk leidinggevende bij OCRN.

Kenmerkende elementen in de visie van Forte GGZ zijn: een platte organisatie, een duidelijke keuze voor een doelgroep met een passend behandelaanbod, sturen en controle op kwaliteit en een financieel gezonde organisatie, investeren in samenwerking met ketenpartners en de eigenheid bewaren en bewaken. De uitstraling is om op een verstandige manier de dingen te doen waarin zij goed in zijn.

### *Doelgroep*

Forte GGZ is een praktijk voor ambulante generalistische basis ggz en specialistische ggz en heeft daarom geen behandelmogelijkheden voor bijvoorbeeld: ernstige en acute suïcidaliteit, verslaving en eetstoornissen als primaire diagnose, acute psychotische toestandsbeelden en ernstig agressief of antisociaal gedrag.

Forte GGZ kent geen 24/7 bereikbaarheid en is daarvoor afhankelijk van de crisisdienst van de omliggende ggz-instellingen. De instelling biedt alleen verzekerbare zorg aan, dus bijvoorbeeld geen behandeling aan cliënten met burn-out klachten. De behandeling kan zowel individueel als in groepsverband plaatsvinden. Men richt zich op cliënten tussen de 18 en 70 jaar. Forte GGZ heeft een aparte studentenpoli. Alhoewel de doelgroep van Forte GGZ afgestemd is met de ketenpartners is de vraag naar complexe traumatherapie hoog. Hiervoor zijn in de regio te weinig mogelijkheden, eveneens voor cliënten met autisme en dubbele diagnoses.

Vorig jaar zijn ongeveer 1000 dossiers afgesloten, waarvan een groot deel specialistische ggz. Volgens de gesprekspartners is het voor de verwijzer duidelijk voor welke doelgroep Forte GGZ een aanbod heeft. De behandelduur is doorgaans één tot anderhalf jaar. Voor de basis ggz is dat korter.

### *Personeel*

Forte GGZ heeft over verschillende locaties verspreid voldoende (ongeveer 35 fte) hoogopgeleide medewerkers in dienst. Voor het merendeel zijn dit basis- en GZ-psychologen en er werken drie klinisch psychologen. Op dit moment zijn er vier psychiaters en drie sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (spv) in dienst. Er zijn geen zzp-ers en dit is een bewuste keuze. Op de locaties in Zwolle (nieuw) en Leeuwarden staan op dit moment deeltijdvacatures open voor een vacature voor een psychiater. Alle medewerkers werken op locatie, behalve de spv-en, zij werken incidenteel out-reachend. Het ziekteverzuim ligt thans op 3,5%.

### *Financiën*

De organisatie is financieel gezond. Er is nauw overleg met de zorgverzekeraars. En hoewel er voldoende aanbod van cliënten is, gaat de uitbreiding op een financieel verantwoorde wijze. De gesprekspartners geven aan soms te veel te moeten sturen op bijvoorbeeld het afronden van een behandeling, in verband met de financiën. Ook is men van mening dat de tijd die men gemiddeld aan cliënten kan besteden (afgeleid uit de gemiddelde dbc prijs) te laag afgesproken kan zijn met instellingen. Het afspreken (of opgelegd krijgen door zorgverzekeraars) van een (te) laag gemiddeld aantal behandelingen kan leiden tot ongewenste situaties voor cliënten. De categorie cliënten met een hogere zorgwaarde (ook comorbiditeit) kunnen hierdoor in de zorgketen buiten de boot vallen.

## 2 Resultaten inspectiebezoek

In dit hoofdstuk zijn de beoordelingen per getoetste norm per thema weergegeven. De inspectie beoordeelde tijdens het bezoek of Forte GGZ wel of niet voldeed aan de norm. Per thema is een toelichting opgenomen van de wijze waarop het betreffende thema in de praktijk vormgegeven is.

### 2.1 Persoonsgerichte Zorg

Norm	Beoordeling
De diagnose bestaat uit een diagnostische classificatie (DSM), psychiatrisch onderzoek en uit een beschrijvende conclusie (structuurdiagnose). Op grond van alle verzamelde gegevens is een behandelplan geformuleerd. (1,2,3,4)	Voldeed
De doelen in het behandelplan zijn passend bij de hulpvraag, stoornis en risicotaxaties. (1,2,3)	Voldeed
De patiënt (of zijn wettelijk vertegenwoordiger) is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van en heeft aantoonbaar ingestemd met het behandelplan. Alles wordt met de patiënt besproken die voor het behandelplan en de uitvoering ervan al dan niet geheel of gedeeltelijk informed consent geeft. (1,2,3,4)	Voldeed

*Grondslagen:*

- 1) *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), artikel 2 en 3.*
- 2) *Artikel 7:448, 7:450 en 7:454 van het Burgerlijk Wetboek (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, (WGBO)*
- 3) *Richtlijn psychiatrische diagnostiek (NVvP) 2015, 3.3 Activiteiten en resultaten van de psychiatrische diagnostiek*
- 4) *Model kwaliteitsstatuut GGZ 2016, pagina 8*

#### **Toelichting**

*Intake, behandelplan en diagnostische classificatie*

De aanmelding vindt plaats via de huisarts of door een andere verwijzer. De cliënt vult ook zelf een aanmeldformulier in. Wanneer het aanmeldformulier van zowel de cliënt als de huisarts binnen is worden deze beoordeeld. Een eerste selectie op de contra-indicaties vindt plaats.

Binnen vier weken wordt -indien nodig- een voorintake door een basispsycholoog geregeld en vervolgens vindt binnen één week de (tweede) intake door de regiebehandelaar plaats. Wanneer iemand kan starten met de behandeling is afhankelijk van de behandeling die is geïndiceerd. Behandeling voor generalistische basis ggz gaat in de regel sneller dan de specialistische ggz. Tijdens het tweede gesprek worden afspraken gemaakt over de overbruggingsperiode tot de behandeling. Besproken wordt onder meer de mogelijkheid van deelname aan een wachtlijstgroep en de bereikbaarheid van de behandelaar. Voor de cliënt is het duidelijk wie verantwoordelijk is tijdens de wachttijd.

Na dit gesprek wordt de cliënt besproken in het MDO en wordt de (voorlopige) diagnose en het beleid vastgesteld. De regiebehandelaar die het tweede gesprek heeft gedaan, blijft de regiebehandelaar.

Daarna wordt samen met de cliënt een behandelplan opgesteld, waarbij de hulpvraag van de cliënt, die bij aanmelding is ingevuld, wordt overgezet in het plan.

Dit plan ontvangt de cliënt op papier. Gezamenlijk worden doelen opgesteld en het plan wordt regelmatig met de cliënt geëvalueerd. In het elektronisch patiëntendossier is een signaalfunctie ingesteld wanneer het behandelplan in het MDO geëvalueerd moet worden. Dit is eens per 6 maanden. Tussentijds zijn er dagelijks laagdrempelig mogelijkheden om cliënten te bespreken. De behandelaar ziet de cliënt in het begin van de behandeling ongeveer 1x per week, deze frequentie wordt langzamerhand afgebouwd.

*Dossiervoering*

Forte GGZ maakt gebruik van een elektronisch patiëntendossier (EPD). Het systeem is volgens de gesprekspartners moeilijk te leren, maar als je het beheerst is het een goed systeem. Het EPD is volledig en sturend, waardoor het werk op de verschillende locaties geprotocolleerd en uniform is. Onderliggend bevat het systeem veel kwaliteitsinformatie en richtlijnen. De behandelaar wordt als het ware door het systeem geleid.

De risico-inventarisatie in het EPD ziet er volledig uit. Ook zijn er signalen wanneer er bijvoorbeeld opnieuw een beoordeling moet plaatsvinden.

Binnen het EPD is het mogelijk om documenten te selecteren en over te zetten. Brieven kunnen gegenereerd en aangepast worden. Het secretariaat heeft een belangrijke rol hierin.

*De betrokkenheid van familie en naasten bij de behandeling*

Bij Forte GGZ is het de afspraak om de familie en naastbetrokkenen zoveel mogelijk te betrekken bij de behandeling, maar de uitvoering hiervan verschilt per behandelaar. Bij patiënten met depressies worden de gesprekken veelal met familie gedaan. Ook wordt psycho-educatie voor familie gegeven. In de uitnodigingsbrief voor de cliënt wordt de familie uitgenodigd.

*Signaleringsplan*

Wanneer cliënten de behandeling gaan afronden, wordt vaak een signaleringsplan of terugvalpreventieplan opgesteld. Dit kan de cliënt meenemen naar huis en krijgt het een plek in het dossier. Tijdens de gesprekken is door de inspectie aangegeven dat dit plan in overleg met de cliënt ook naar de huisarts kan worden gestuurd.

**2.2 Deskundige hulpverlener**

<b>Norm</b>	<b>Beoordeling</b>
Medewerkers weten met welke richtlijnen, protocollen en werk-instructies gewerkt moet worden voor de behandelindicaties en hoe ze gebruikt moeten worden. (1,2,3)	Voldeed
Medewerkers zijn bekend met en werken conform het kwaliteitsstatuut. (1,2,4)	Voldeed
Er is een opleidingsplan beschikbaar; passend scholingsbeleid om de benodigde deskundigheid te kunnen leveren. (1,2)	Voldeed
De zorgaanbieder heeft de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling vastgesteld en bevordert kennis en gebruik. (1,2,5,6).	Voldeed
Zorgverleners werken conform de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en voeren de 'kindcheck' uit. (1,2,5,6)	Voldeed
Er wordt gehandeld conform de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (MDR-suïcide). (1,2,7)	Voldeed



De voorschrijver voert medicatiebewaking uit tijdens het voorschrijven met behulp van een Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS). (1,8)	Voldeed
De voorschrijver gebruikt op het moment van voorschrijven een actueel medicatieoverzicht. (1,9)	Voldeed
Het actueel medicatie overzicht is z.s.m. maar zeker binnen 24 uur beschikbaar voor zowel voorschrijvers als andere zorgverleners. (1,9)	Voldeed

*Grondslagen:*

- 1) *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), artikel 2*
- 2) *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), artikel 3*
- 3) *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)*
- 4) *Model Kwaliteitsstatuut GGZ 2016*
- 5) *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), artikel 8*
- 6) *Beroepscode voor psychiaters, II.13, NVvP*
- 7) *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, NVvP, NIP, V&VN*
- 8) *Richtlijn 'Elektronisch voorschrijven' [2013] GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, KNMP, KNOV, LHV, NHG, NPCF, NVAVG, NVZ, NVZA, OMS, V&VN, Verenso, VGN, VHN*
- 9) *Richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' [2008] ActiZ, GGZ Nederland, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, OMS, V&VN, FNT, NMT, VGN*

**Toelichting**

*Richtlijnen, protocollen en werkinstructies*

Tijdens het bezoek zijn een aantal beleidsdocumenten, werkinstructies, richtlijnen, protocollen en reglementen uitgereikt. Alle documenten bevatten een ingangsdatum, een datum waarop het stuk geaccordeerd is door het MT en een revisiedatum. Ook bevatte alle documenten de naam van de proceseigenaar. Overkoepeld is er een document over de beheersing van alle documentatie. De documenten zijn alle van een recente datum en helder beschreven. Het uitgangspunt bij de verschillende documenten is wetgeving, veldnormen, CAO-GGZ en verplichtingen vanuit de NZa. Medewerkers zijn goed op de hoogte van protocollen en richtlijnen en deze zijn onder andere via het EPD goed bereikbaar.

*Kwaliteitsstatuut*

Op de website van GGZ Forte staat onder Algemene Voorwaarden een recent geactualiseerd en goedgekeurd Kwaliteitsstatuut. De vindbaarheid van het Kwaliteitsstatuut op de website is voor verbetering vatbaar. Forte GGZ heeft het Kwaliteitsstatuut naar aanleiding van deze constatering op een meer prominente plaats gezet. Forte GGZ zal doen wat in haar macht ligt om ook via Google het meest recente Kwaliteitsstatuut vindbaar te maken. Het kwaliteitsstatuut is bekend bij de medewerkers en intern vindbaar op het Intranet.

*Scholingsbeleid en deskundigheidsbevordering*

Samen met OCRN heeft Forte GGZ een scholingsbeleid en –plan 2018, een scholingskalender en een scholingsoverzicht op medewerkers niveau. Het budget bedraagt € 650,- per medewerker per jaar, maar kan onderling anders worden verdeeld. De medewerkers zijn van mening dat er binnen Forte GGZ voldoende opleidings- en doorgroeimogelijkheden zijn.

Naast dit scholingsbeleid vindt er eenmaal per zes weken intervisie plaats en eenmaal per zes weken deskundigheidsbevordering. Onder de medewerkers zijn geen specifieke aandachtfunctionarissen, maar het is wel bekend wie welke deskundigheid heeft. In het EPD is van iedere werknemer het overzicht van scholing te vinden, evenals de BIG registratie, diploma's en de VOG. Het systeem geeft een signaal wanneer herregistratie aan de orde is.

*Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en kindcheck*

De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is onderdeel van het EPD en waar nodig worden de stappen gevolgd. Een hernieuwde uitvraag na enkele weken is niet opgenomen in het systeem, wanneer er bij de intake geen risico wordt gesignaleerd. Tijdens de intake wordt altijd naar de thuissituatie gevraagd en in het MDO komt het onderwerp ook aan de orde. Alle medewerkers hebben scholing over het onderwerp gehad.

*Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*

Indien de behandelaar een risico op suïcidaal gedrag in het EPD aanvinkt, wordt hij of zij via het systeem door de stappen geleid, gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.

*Medicatieveiligheid*

Bij de aanmelding door de huisarts – veelal via zorgmail - is bijna altijd het medicatieoverzicht weergegeven. Een andere bron kan de apotheek zijn en uiteraard de cliënt zelf. Wanneer in de loop van de behandeling de medicatie bijvoorbeeld door de huisarts wordt veranderd, is het afhankelijk van de cliënt of hij of zij het doorgeeft aan de behandelaar van Forte GGZ. Zo is het niet zeker of er in het elektronisch voorschrijfsysteem altijd een actueel en zo volledig mogelijk medicatieoverzicht is opgenomen. Wanneer de behandelaar van Forte GGZ medicatie voorschrijft, vindt in ieder geval altijd overleg met de cliënt plaats over de al gebruikte medicatie. Recepten worden in het EVS -met bewakingsfunctie- opgemaakt, geprint en direct digitaal verstuurd aan de gekoppelde apotheek van de betreffende cliënt.

**2.3 Sturen op kwaliteit en veiligheid**

<b>Norm</b>	<b>Beoordeling</b>
De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de Wkkgz en brengt dit onder de aandacht van de cliënten (en vertegenwoordigers). (1)	Voldeed
De zorgaanbieder is aangesloten bij een geschilleninstantie. (2)	Voldeed
(Bijna) incidenten worden centraal gemeld, besproken en geanalyseerd, in een systeem van Veilig Incidenten Melden (VIM). De analyse van meldingen leidt tot daadwerkelijke verbeteracties. (3,4)	Voldeed
De zorgaanbieder houdt zich aan de wettelijke bewaartermijnen van de dossiers, zorgt voor beveiliging en goede overdracht van de dossiers. (5,6,7)	Voldeed
De zorgaanbieder vergewist zich ervan dat de wijze waarop zorgverleners in het verleden hebben gefunctioneerd, niet in de weg staat aan het inzetten van de zorgverleners bij het verlenen van zorg. (8)	Voldeed

Op de website van de zorgaanbieder is de actuele wachttijd voor intake en voor behandeling gepubliceerd conform de vigerende beleidsregel van de NZa. (5,9,10)	Voldeed
Wanneer intake of behandeling niet binnen de gestelde Treeknormen kan aanvangen, stelt de zorgaanbieder de patiënt hiervan op de hoogte en kan de patiënt zich wenden tot de zorgbemiddeling van de eigen zorgverzekeraar/financier. (5,9,10)	Voldeed
Bij de intake legt de zorgaanbieder vast wie verantwoordelijk is voor de patiënt en wie als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en aanvang van de behandeling. (5,9,10)	Voldeed

*Grondslagen:*

- 1) *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), artikel 13*
- 2) *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), artikel 18*
- 3) *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), artikel 7*
- 4) *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), artikel 9*
- 5) *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), artikel 2*
- 6) *Artikel 7:454 en artikel 7:457 van het Burgerlijk Wetboek (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, (WGBO)*
- 7) *Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)*
- 8) *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), artikel 4*
- 9) *Model Kwaliteitsstatuut GGZ 2016, pagina 8*
- 10) *Wet Kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) Artikel 3*

**Toelichting**

*Algemeen*

Een kwaliteitsteam evalueert en analyseert vier maal per jaar signalen, klachten, mic-meldingen en datalekken. Uitkomsten worden gedeeld met de raad van bestuur.

*Klachtenregeling*

De klachtenprocedure staat vermeld op de website. Het klachtenreglement is op te vragen bij het secretariaat van Forte GGZ. De weg naar de geschillencommissie staat ook vermeld in de Klachtenregeling. De klachtenregeling is recent geactualiseerd en op de internetsite geplaatst.

*Veilig Incident melden (VIM-meldingen)*

Meldingen kunnen geregistreerd worden in het EPD. Er zijn weinig meldingen. Wanneer er wordt gemeld is er altijd een terugkoppeling naar de melder. Van de meldingen wordt een analyse gemaakt. Meldingen zijn onderdeel van de (PDCA) kwaliteitscyclus.

*Clienttevredenheid*

Bij Forte GGZ wordt gebruik gemaakt van de CQ-index GGZ&VZ. Voorlopige cijfers van 2018 geven ongeveer een 7,8 aan op de tevredenheid met de behandeling. Uitkomsten worden besproken in het kwaliteitsteam, waarbij vervolgacties worden uitgezet.

*Bewaartermijn zorgdossiers*

Wanneer, om welke reden dan ook, Forte GGZ geen zorg meer levert, is met de leverancier van het EPD een regeling getroffen dat de dossiers behouden blijven wat

betreft de wettelijke bewaartermijn, het behoud van inzagerecht en de mogelijkheid voor overdracht van dossiers.

*Wachttijden en verantwoordelijkheidsverdeling*

De actuele wachttijden en -lijsten staan op de website vermeld. Voor de cliënt is het duidelijk wie op welk moment verantwoordelijk is. Soms wordt er tijdens het wachten een overbruggingscontact of anderszins een (telefonisch) contact aangeboden.

### 3 Conclusies

De inspectie is van oordeel dat Forte GGZ kwalitatieve goede en veilige zorg biedt. Richtlijnen, protocollen en werkinstructies zijn op orde en medewerkers kunnen hiermee uit de voeten. Behandelingen worden gestructureerd en doelgericht uitgevoerd, het kwaliteitsstatuut is richtinggevend voor de organisatie en de inhoud van de zorg en de dossiervoering is zorgvuldig. Het aannamebeleid wordt correct uitgevoerd en er is aandacht voor het terugdringen van wachttijden.

## 4 Handhaving

De inspectie ziet geen aanleiding nadere handhavingsmaatregelen te treffen. De kwaliteit en de veiligheid van de zorg die wordt geleverd door Forte GGZ kan wel zo nodig tijdens regulier toezicht worden getoetst door middel van een aangekondigd of een onaangekondigd inspectiebezoek.