

Werkdocument kwaliteitseisen uitvoering geestelijke verzorging-thuis

Regio's Groningen en Drenthe-Steenwijkerland



Inhoudsopgave

1.	Kwaliteit van geestelijke verzorging.....	3
1.1.	Benaderingswijze.....	3
1.2.	Werkwijze.....	4
1.3.	Organisatie.....	4
1.4.	Borging.....	5
1.4.1.	Verslaglegging.....	5
1.4.2.	Externe eisen.....	6
2.	Operationele kwaliteitseisen geestelijke verzorging-thuis.....	8
2.1.	Reikwijdte.....	8
2.2.	Richtlijn.....	8
2.3.	Administratieve vereisten.....	8
2.4.	Klachten en geschillen.....	8
2.5.	Consult-1.....	8
2.6.	Consult-2.....	10
2.7.	Consult-3.....	10
2.8.	MDO.....	10
2.9.	Scholing.....	11
3.	Opbouw tarieven.....	12
4.	Factuurvereisten.....	13
5.	Bijlage 1, eisen klachten en geschillencommissie.....	15
6.	Bijlage 2, stroomschema facturatie gv-thuis.....	16



1. Kwaliteit van geestelijke verzorging

Bij de vorming van het kabinet Rutte-III (2017) is overeengekomen, dat in die kabinetsperiode een dekkend netwerk van geestelijke verzorging in de eerstelijns opgezet wordt. Geestelijke verzorging is intramuraal beschikbaar. De aanleiding voor deze maatregel is a) extramuralisatie van de zorg en b) dat mensen steeds minder gebruik maken van de traditionele geestelijke verzorging via religieuze gemeenschappen. De maatregel is gericht op drie doelgroepen:

- kinderen in de palliatieve fase van hun ziekteproces,
- volwassenen in de palliatieve fase van hun ziekteproces en
- mensen van 50 jaar en ouder (en hun naasten).

Deze notitie heeft betrekking op de laatste twee.

In dit werkdocument wordt gesproken over geestelijke verzorging-thuis, in plaats van geestelijke verzorging eerstelijns.¹ De reden hiervoor is dat het begrip 'eerstelijns' nauw verbonden is met het domein 'gezondheidszorg', een taalgebied dat veel gericht is op 'ziekte'. Geestelijke verzorging kan daarmee gemakkelijk, maar ongewenst, gemedicaliseerd worden. Voor spirituele, zingeving- en levensvragen hoef je niet 'ziek' te zijn. Omgekeerd roept ziekte of handicap wel vaak spirituele, zingeving- en/of levensvragen op. Daarom wordt in de regio's Groningen en Drenthe-Steenwijkerland gesproken van 'geestelijke verzorging-thuis'.

Als het gaat over 'de kwaliteit van geestelijke verzorging' dan gaat het over dienstverlening aan een cliënt. Die dienstverlening moet betrouwbaar, aanspreekbaar en verifieerbaar zijn. Het doel van gv-thuis is duiding te geven aan hoe een mens zichzelf als betekenisvol en zinvol ervaart, in relatie tot de eigen definitie van spiritualiteit, zingeving en levensvragen.

Kwaliteit van geestelijke verzorging gaat over het handelen door de geestelijk verzorger-thuis (=persoon). In overeenstemming met het werkdocument 'visie op geestelijke verzorging, regio Groningen en Drenthe-Steenwijkerland' liggen de volgende elementen ten grondslag aan de kwaliteit van geestelijke verzorging.

1.1. Benaderingswijze

De geestelijk verzorger handelt in overeenstemming met het werkdocument 'visie op geestelijke verzorging, regio Groningen en Drenthe-Steenwijkerland' en is *reliable*. Een geestelijk verzorger benadert een cliënt in zijn/ haar hele handelen als een holistisch en integer^{II} wezen. Een cliënt zal dit onder andere merken aan de verbindingen die een geestelijk verzorger legt tussen de verschillende dimensies van het menselijk bestaan en significante ervaringen van de cliënt.

De geestelijk verzorger heeft voldoende kennis van het menselijk functioneren, op lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel gebied. In de benaderingswijze is de geestelijk verzorger open, oordeelvrij, aandachtsgewend, vertrouwensvol en present. De geestelijk verzorger beschikt over goede communicatieve vaardigheden; dit merkt de cliënt onder andere aan een actieve luisterende houding, reflectie, het herkennen van betekenislagen en eventueel de inzet van rituelen en symbolen van/door de geestelijk verzorger.¹

^I 'Geestelijke verzorging-thuis' onderscheidt zich van 'geestelijke verzorging in een instelling'. Toch zijn er beroepsinhoudelijk veel overeenkomsten. Daarom wordt verder in dit werkdocument gesproken van 'geestelijke verzorging' of 'gv', waarmee altijd geestelijke verzorging in de thuissituatie wordt bedoeld. Soms wordt de toevoeging '-thuis' alsnog gebruikt, vanwege de context.

^{II} Integer wijst in dit verband op heelheid. Deze integriteit heeft betrekking op het geheel van lichamelijk, psychisch en spiritueel functioneren, in samenhang met en in afhankelijkheid van de omgeving.



1.2. Werkwijze

De geestelijk verzorger werkt methodisch en is *accountable* op zijn/haar gedrag en vaardigheden. Het methodisch werken wordt zodanig toegepast, dat dit de grondbenadering (de mens als holistisch en integer wezen en basisattitude) niet belemmert. De geestelijk verzorger treedt binnen in het persoonlijk leven van mensen, maar maakt daar nooit deel vanuit. Dit staat ook wel bekend als de balans tussen afstand en nabijheid. De geestelijk verzorger bewaakt daarmee de integriteit van de cliënt op alle vier de dimensies van gezondheid.

De geestelijk verzorger onderscheidt zich van andere (zorg)professionals, door de ervaring van de cliënt als bron en doel te nemen, hoe die mens zichzelf als betekenisvol en zinvol ervaart in relatie tot eigen definitie van spiritualiteit, zingeving en levensvragen. Dit wijkt af van de intra-psychische benadering van bijvoorbeeld zorgprofessionals in het psychische/ psychiatrische domein. Geestelijke verzorging is een eigen vakgebied en onderscheidend van andere vormen van hulp- en zorgverlening. Geestelijk verzorgers hebben kennis en kunde van de levensvisies van de cliëntenmensen, die eenieder bewust of onbewust beleeft en hanteert in het leven. Bij geestelijke verzorging worden het levensverhaal, de levensproblematiek en de levensvragen van de mens gerelateerd aan diens levensvisie. In dat proces wordt de zinbeleving herijkt en versterkt.^{2,3}

De werkwijze van de geestelijk verzorger houdt rekening met de vier verschillende lagen van communicatie en betekenis:⁴

- de laag van de feiten
- de laag van de gevoelens
- de laag van de identiteit
- de laag van de spiritualiteit

De cliënt is een holistisch en integer wezen. Onafhankelijkheid en zelfstandigheid zijn elementen van die integriteit. Dit betekent dat de geestelijk verzorger vanaf de start van het contact toewerkt naar het (opnieuw) zelfstandig spiritueel functioneren van de cliënt, eventueel in samenwerking met het sociaal netwerk van de cliënt. De hulp van de geestelijk verzorger is in principe beperkt tot maximaal vijf contactmomenten en is transparant voor andere zorgprofessionals (en de cliënt). Bij vermoedens van complicerende ziekteverschijnselen treedt de geestelijk verzorger in overleg met de behandelend arts (met medeweten van de cliënt).

1.3. Organisatie

De regio's Groningen en Drenthe-Steenwijkerland kiezen voor een open inschrijving van geestelijk verzorgers. Dit betekent dat – op dit moment – geen beperkende, aanvullende eisen worden gesteld. Niet anders dan de voorwaarden van de Rijkssubsidieregeling, die zijn doorvertaald in hoofdstuk 2, Operationele kwaliteitseisen geestelijke verzorging-thuis. Inschrijving betekent per definitie dat de betreffende rechtspersoon en uitvoerende geestelijke verzorger akkoord zijn met de werkwijze die in het toelatingsdocument staat beschreven.

Een zorginstelling die onder de Wkkgz valt, kan deelnemen aan geestelijk verzorging-thuis, onder voorwaarde dat – in het geval een 'Wkkgz-cliënt' een beroep doet op een geestelijk verzorger¹ – de kosten van het consult voor rekening

¹ Hier wordt bedoeld: een geestelijke verzorger die is toegelaten tot het declaratieprotocol van het Netwerk Palliatieve Zorg.



van die zorginstelling komen, overeenkomstig de tarieven van geestelijke verzorging-thuis regio's Groningen en Drenthe-Steenwijkerland. Hierover vindt voorafgaand overleg plaats.

Geestelijk verzorgers zijn vrij naar eigen inzicht en ongeacht het geografisch gebied consulten aan te bieden.

Geestelijk verzorgers dragen in een bepaald gebied gezamenlijk met 1 of meer collega's zorg voor:

- het onderhouden van contacten met de daar werkzame zorginstellingen en zorgprofessionals,
- het bijwonen en initiëren van MDO,
- het verzorgen van scholing op het gebied van (bewustzijn op) spiritualiteit, zingeving en levensvragen, inclusief moreel beraad. Hierbij wordt in ieder geval met nadruk gebruik gemaakt van de digitale leerwerkplaats '*Als niet alles is wat het lijkt*' van Consortium Ligare. Alleen met onderbouwde redenen kan hiervan worden afgeweken, onder het principe: 'pas toe of leg uit'.

De Netwerken PZ doen voorstellen voor een samenhangende gebiedsindeling. De geestelijk verzorgers bepalen in onderling overleg wie in welk gebied zij samenwerken op bovenstaande punten. Bij uitblijven van consensus over samenwerking kan het Netwerk PZ zelf met voorstellen te komen.

Geestelijk verzorgers werken achtereenvolgens samen op:

1. het niveau van het netwerk van gemeenten
2. het niveau van de provincie (inclusief Steenwijkerland)
3. het niveau van Consortium Ligare
4. landelijk niveau.

Geestelijk verzorgers werken samen op thematisch gebied. Een thema wordt bepaald in onderling overleg. Samenwerking op een thema heeft het karakter van 'verdieping en kennis-/ vaardigheidsontwikkeling' en heeft uitdrukkelijk niet de status van 'specialisatie'.

Geestelijk verzorgers dragen bij aan de beroepsontwikkeling van geestelijke verzorging. Bijvoorbeeld in de vorm van: het organiseren van leer-/ werk-bijeenkomsten, themabijeenkomsten, onderzoek en publicaties. Iedere geestelijk verzorger in de regio's Groningen en Drenthe-Steenwijkerland voert ten minste een maal per kalenderjaar een dergelijke activiteit uit, ongeacht omvang dienstverband of inzetbaarheid.

1.4. Borging

De werkzaamheden van de geestelijk verzorger zijn toetsbaar en verifieerbaar. Dit komt tot uitdrukking in de volgende elementen.

1.4.1. Verslaglegging

De geestelijk verzorger toont zijn/haar *verifiability* door interacties met de cliënt vast te leggen in een dossier. Dit wordt bijgehouden als een soort van dagboek, waarin de eigen ervaringen en handelingen op geordende wijze worden vastgelegd, eventueel refererend aan de gehanteerde methodiek. Er wordt een duidelijk doel geformuleerd en periodiek op twee 10-punts schalen aangegeven a) in welke mate dat doel is bereikt en b) in welke mate het resultaat consistent is. Als de



geestelijke verzorging op beide schalen 'voldoende' (een 6) of hoger scoort, wordt de inzet beëindigd.

Ook worden de reflecties van de cliënt opgenomen in het verslag. Deze reflecties van de cliënt zijn onderhevig aan de AVG en overeenkomstige rechten van de cliënt. Het professionele deel (eigen bevindingen) is de eigen verantwoording van de geestelijk verzorger en valt niet onder het recht van vergetelheid van de cliënt.

1.4.2. Externe eisen

De externe eisen voor geestelijke verzorging, in de regio's Groningen en Drenthe-Steenwijkerland zijn:

- De geestelijk verzorger is ingeschreven bij de SKGV
- De geestelijk verzorger is aangesloten bij een externe klachten- en geschillencommissie (bijvoorbeeld via de beroepsvereniging).
- De geestelijk verzorger bezit een geldige verklaring van toelating tot het declaratieprotocol van het Netwerk palliatieve zorg Groningen en/of Drenthe-Steenwijkerland. Deze wordt jaarlijks herzien.

NB. In de organisatie van kwaliteitszorg is het gebruikelijk dat een extern orgaan met het toezicht op de kwaliteit van de dienstverlening wordt belast en sanctionerende bevoegdheden ontvangt. Hiermee krijgt het toezichthoudend orgaan een hiërarchisch hogere rol ten opzichte van de onder toezicht staande organisatie/ professional. Daarmee verschuift ook (een deel van) de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de dienstverlening. Dit is onwenselijk en onnodig.

In de regio's Groningen en Drenthe-Steenwijkerland zien de geestelijk verzorgers zelf toe op de kwaliteit van de dienstverlening, binnen de afgesproken kaders. Die kaders zijn:

1. het werkdocument 'Visie op geestelijke verzorging, regio Groningen en Drenthe-Steenwijkerland' (of vergelijkbare titel),
2. het werkdocument 'Werkdocument kwaliteitseisen uitvoering geestelijke verzorging-thuis', (of vergelijkbare titel)
3. het inschrijvingsformulier, ook wel UEA-formulier genoemd, waarmee toelating tot de declaratieprocedure verkregen wordt,
4. de beroepsstandaard geestelijk verzorger 2015,
5. registratie bij de SKGV en daarmee verband houdende (her)registratievereisten,
6. aansluiting bij een externe klachten- en geschillencommissie,
7. de Richtlijn Zingeving en Spiritualiteit in de palliatieve fase,
8. de subsidieregeling voor geestelijke verzorging eerstelijns.

Het daadwerkelijke toezicht komt tot stand door:

1. waarneming in en feedback uit de intervisiegroep waaraan deelgenomen wordt (is een verplicht onderdeel van de (her)registratie SKGV),
2. jaarlijkse intercollegiale toetsing door dialoog en dossierpresentatie aan tenminste twee collega's geestelijk verzorgers-thuis, die:
 1. benoemen wat goed gaat en waar de collega goed in is en
 2. wat de collega op grond daarvan verder zou kunnen ontwikkelen.
 3. Benoemen wat een risico vormt voor de beroepsuitoefening en hoe de collega dat denkt op te lossen/ te voorkomen.



4. Eventuele vervolgspra(a)k(en) maken om gesignaleerde risico's op te lossen/ te voorkomen.
5. Bij uitblijven van verbeterresultaten de penvoerder inlichten – met medeweten/ in aanwezigheid van de betreffende geestelijk verzorger – over de onvoldoende beroepsuitoefening en adviseert de penvoerder om het contract met de eerstvolgende expiratiedatum niet te verlengen, met inachtneming van 2 maanden opzegtermijn.
3. De mogelijkheid van bezwaar te bieden – op de beslissing van de penvoerder het contract te niet te verlengen - bij een bezwarencommissie, die gelieerd is aan de beroepsvereniging VGVZ. De uitspraak van deze commissie is bindend.
4. Het opstellen van een jaarverslag geestelijke verzorging-thuis, waarin bovenstaande punten zijn verwerkt, op het niveau van de individuele geestelijk verzorger-thuis. Dit verslag wordt vóór 1 april van het daarop volgende jaar toegezonden aan de penvoerder, als verantwoordingsdocument. Het document valt onder de AVG en de geheimhoudingsplicht van de penvoerder en wordt opgeslagen in het betreffende personeelsdossier.

Literatuur

- ¹ Zie ook: Leijssen, M. (2007). *Tijd voor de Ziel*. Amsterdam: Lannoo
- ² Knippenberg, M.P.J. van (2018). *Existentiële zielzorg*. Kampen: Van Warven.
- ³ Kortekaas, P. (2019). Zinvinding en levensvisie, Over geestelijke begeleiding in postmoderne context. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 22(95), 60-66.
- ⁴ IKNL (2018). *Richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase*. (versie 2.0, p14) Utrecht: auteur



2. Operationele kwaliteitseisen geestelijke verzorging-thuis

2.1. Reikwijdte

Geestelijke verzorging-thuis heeft betrekking op de te declareren diensten aan mensen die zelfstandig wonen. **NB.** Dit betekent dat geestelijke verzorging die valt onder Wkkgz art. 6a, en dus behoort tot de instellingen genoemd onder WTZi art. 1.1 b (Wlz-verblijf) en c (Zvw-verblijf), geen onderdeel zijn van deze dienstverlening.

Het primaire kader wordt gevormd door de 'Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging' en de subsidieverleningsbrief aan de penvoerder en omvat de volgende categorieën van activiteiten:

1. consulten door geestelijke verzorgers aan palliatieve patiënten of naaste familie en mensen van 50 jaar en ouder met een zingevingsvraag in de thuissituatie,
2. bijscholing door geestelijk verzorgers van andere zorgverleners en vrijwilligers,
3. meedraaien van geestelijke verzorgers in overlegvormen in de eerste lijn.

2.2. Richtlijn

De penvoerders hanteren voor de uitvoering van geestelijke verzorging-thuis de '*Richtlijn: Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase*'. Daaronder het gebruik van het Ars Moriendi model, als 'handvat' in een gesprek over spirituele vragen met cliënten, dat vooral dienen als hulp om alle facetten van spiritualiteit in het gesprek te betrekken. De toegelaten gv'er-thuis werkt volgens deze richtlijn.

2.3. Administratieve vereisten

De gv'er-thuis houdt een dossier bij van de consulten, met minimaal de volgende informatie:

- op naam van de cliënt, inclusief postcode en geboortedatum
- datum eerste gesprek
- de aanleiding van de vraag
- het doel
- gespreksdatum
- reden afsluiting/ beëindiging begeleidingstraject.
- datum afsluiting

De penvoerder behoudt zich het recht voor een materiële controle uit te voeren op de dossiers, met inachtneming van de privacywetgeving.

2.4. Klachten en geschillen

De gv'er-thuis draagt zorg voor een adequate klachten- en geschillenafhandeling (bijvoorbeeld door aansluiting bij een erkende klachten- en geschilleninstantie, of via de eigen beroepsvereniging), naar voorbeeld van de volgende onderdelen van de Wkkgz (zie bijlage 1).

2.5. Consult-1

Dit is een consult op basis van een huisbezoek, waarbij er sprake is van een fysiek face-to-face contact, bij voorkeur op het woonadres van de cliënt, tenzij deze een andere voorkeur heeft. Een alternatief kan zijn een zitting op een polikliniek of in de eigen praktijk.



Consult-1 is de operationalisering van de onderdelen [B] en [C] van het ABC-model in de Richtlijn Zingeving en spiritualiteit (in de palliatieve fase). De uitvoering omvat maximaal vijf gesprekken. In de geestelijke en maatschappelijke hulpverlening blijkt het aantal van vijf gespreksmomenten adequaat te zijn om een gewenste verandering tot stand te brengen.^I Voornamelijk is de aanname dat dit ook een werkzaam model is bij de uitvoering van geestelijke verzorging. Tegelijk is dit model een instrument om begeleiding en crisisinterventie te onderscheiden van het onderdeel [Aandacht] in het ABC-model.

Zijn er meer dan vijf contactmomenten nodig, dan is een MDO een vereiste. Dit betekent dat de gv'er-thuis de situatie bespreekt met de hoofdbehandelaar en de andere betrokken hulpverleners in een MDO, op voorwaarde dat de cliënt instemt en/of aanwezig is bij het MDO.

De achterliggende reden voor dit MDO is:

- a) de gv'er creëert een samenwerkingsrelatie met andere hulpverleners,
- b) de gv'er creëert een breder perspectief op de problematiek en maakt andere disciplines bewust van zingevingsvragen en hun invloed op zorg en welzijn,
- c) de gv'er positioneert zich in het veld van zorg en welzijn.

De gv'er-thuis volgt het model van Positieve Gezondheid. Zingeving is namelijk een van de zes elementen van dat (zorg)model en daarmee een goede kapstok om het gesprek met andere hulpverleners aan te gaan. Het resultaat van dit MDO moet antwoord geven op de vragen:

- welke relatie is er tussen het vraagstuk op het gebied van 'zinervaring/ zinvol leven' en de overige levensgebieden, met het communicatiemodel van 'positieve gezondheid' als leidraad :^{II}
 - Lichaamsfuncties
 - Dagelijks functioneren
 - Mentaal welbevinden
 - Kwaliteit van leven
 - Meedoen
- welke interventie(s) is (zijn)er nodig op de andere levensgebieden, dan het domein 'zinervaring/ zinvolleven',^{III}
- welke betekenis heeft het antwoord onder a) voor het begeleidingsdoel van de gv'er-thuis (is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig naar een andere zorgdiscipline),
- als gevolg van c), wat is het begeleidingsdoel van de gv'er-thuis naar aanleiding van het MDO.

De conclusies van het MDO zijn een legitimatie (en voorwaarde) voor een volgende reeks van maximaal vijf gesprekken.

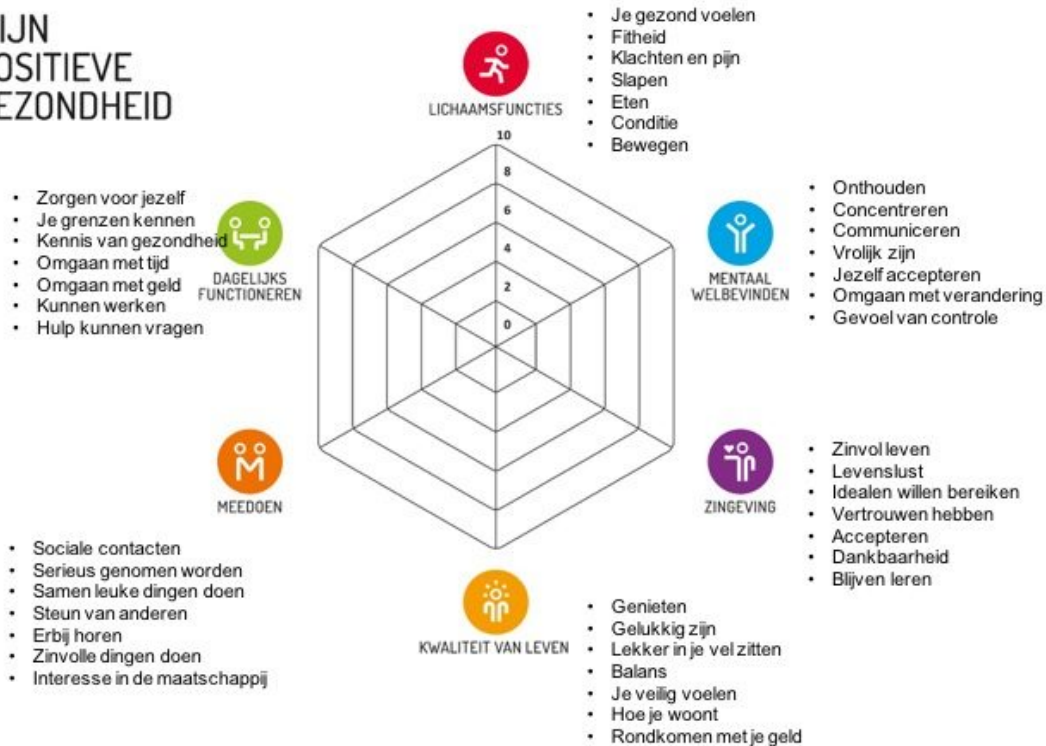
^I Zie ook: Stoffer, R. (2006). *Het vijf-gesprekkenmodel, een handleiding*. Utrecht: Eburon Uitgeverij

^{II} De gv'er-thuis kan de bevindingen uit het Ars Moriendi-model inbrengen op het onderdeel 'zinervaring/ zinvolleven', in het communicatiemodel van positieve gezondheid.

^{III} Zie ook paragraaf 'Doorverwijzing' in de Richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase.



MIJN POSITIEVE GEZONDHEID



www.iPositivehealth.com – versie 1.0 – oktober 2016 ©IPH

Afbeelding 1: scoringsinstrument iPH (instituut Positieve Gezondheid)

Zijn er meer dan 10 contactmomenten nodig, dan is een gesprek over de noodzaak en het doel met de coördinator van het palliatieve netwerk en/ of de penvoerder, een vereiste. In dat gesprek moet duidelijk worden wat het doel is van verdere begeleidingscontacten en waarin die zich onderscheiden van het aspect [aandacht] van het ABC-model. In onderling overleg wordt over de voortgang beslist.

Komt de begeleidingsvraag niet voort uit zorgvraag en/of zijn er geen andere hulpverleners betrokken, dan is een sociaal netwerkberaad noodzakelijk, waarbij er een gesprek is met naasten van de cliënt over de problematiek. Het doel hiervan is dat de naasten worden betrokken en de cliënt zich op termijn wendt tot deze naasten.

2.6. Consult-2

Dit type consult betreft een zogenaamd 'multi-media consult', waarbij er audio-visueel contact is via een multi-media voorziening. Hieronder valt ook een chatsessie. Dit consult kan eenmalig zijn of onderdeel zijn van een [vijf-gesprekken begeleidingstraject]. Het onderscheidt met [consult-1] is dat er geen sprake is van een fysiek face-to-face contact.

Dit consult wordt opgenomen in het cliëntdossier, over vermelding van datum, doel en resultaat.

2.7. Consult-3

Dit type consult betreft een groepsconsult. Conform het advies van de Deelwerkgroep Praktijkcriteria en Voorwaarden, nemen maximaal 8 cliënten deel aan een groepsconsult. Dit consult betreft een fysiek en face-to-face consult groepscontact. De corona-periode heeft geleerd dat een groepsconsult ook multi-mediaal kan plaatsvinden. De onderlinge interactie is onderdeel van het beoogde effect, met gebruikmaking van groepsdynamische interactie. Dat lukt minder als het groepsconsult plaatsvindt via een



elektronische vergaderfaciliteit. Tegelijk blijkt uit het Actieonderzoek in Meppel dat een multi-mediale bijeenkomst mensen toegankelijker zijn over hun zingevingsvragen. Toch heeft, als het kan, een fysiek bijeenkomst de voorkeur.

Het groepsconsult hoeft niet noodzakelijkerwijs te worden opgenomen in het individuele cliëntdossier. Een deelnemerslijst moet op verzoek toonbaar zijn.

2.8. MDO

Deelname aan een MDO kan op twee gronden:

- op verzoek van een beroepsbeoefenaar individuele gezondheidszorg, ongeacht een intramurale of extramurale setting. Maar de gv'er-thuis treedt niet in de plaats van de GV-intramuraal. Hiervoor is het woonadres van de cliënt leidend: instellingsadres of zelfstandig wonend.
- op eigen verzoek van de gv'er-thuis, waarbij de vraaglijn onder [consult-1] wordt gevolgd.

Deelname aan een MDO wordt vastgelegd in het cliëntdossier, onder vermelding van datum, doel en resultaat.

Een niet-clientgebonden MDO is verifieerbaar in de persoonlijke agenda van de gv'er-thuis. Bijvoorbeeld een casusbespreking van een geanonimiseerde cliëntsituatie, met als onderwerp: wat is goede zorg in deze situatie?

2.9. Scholing

Hierbij gaat het om scholing in brede zin van andere zorg- en welzijnsprofessionals of vrijwilligers, op het gebied van spiritualiteit, zingeving en levensvragen (waaronder ook zorgethiek). Bijvoorbeeld artsen, wijkverpleegkundigen, verzorgenden, vrijwilligers hospice enz.

Een zogenoemd 'moreel beraad' valt onder scholing. Als zo'n moreel beraad plaatsvindt op naam van een cliënt, dan is toestemming van de cliënt een voorwaarde, evenals verslaglegging in het cliëntdossier onder vermelding van datum, doel en resultaat. Een moreel beraad kan ook geanonimiseerd plaatsvinden, als een fictieve casus. Dan is verslaglegging in het cliëntdossier uiteraard niet nodig. **NB.** De gv'er-thuis bewaakt dan dat de casus inderdaad anoniem is. Zo niet, dan beëindigt de gv'er-thuis het gesprek en bespreekt hij/zij het morele vraagstuk eerst met de cliënt en verkrijgt hij/zij toestemming om dat in te brengen op een moreel beraad, al dan niet in aanwezigheid van de cliënt.



3. Opbouw tarieven

Voor de tarieven hanteert de penvoerder zogenaamde 'eenheidstarieven'. Dit betekent dat de gehanteerde tarieven een eenheidsprijs zijn, inclusief elementen als administratie, reistijd en reis- en verblijfskosten. Ook kantoorkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking. Zij zijn integraal onderdeel van de normale bedrijfsvoering, net als reis- en verblijfskosten en moeten worden bekostigd uit de verworven inkomsten/ diensten.

Id	Dienst	Omvang/ eenheid	Tarief (excl. BTW)	Opmerking
1.	consult-1	90 minuten	€ 112,50 (eenheidstarief)	Dit consult is gebaseerd op 45-60 min. directe cliënttijd, 30 min. dossiertijd en reistijd. Bij een tarief van €75,-- per uur.
2.	consult-2	15 minuten	€ 19,-- (eenheidstarief)	Multi-mediaal consult. Hierbij is geen sprake van reistijd. Facultatief is dossiertijd nodig. Het tarief is gebaseerd op het consult-tarief, zonder reistijd en dossiertijd. (naar boven afgerond). Er is een maximum van 4 aaneengesloten consulten. (= max. 1 uur)
3.	consult-3	120 minuten	€ 150,-- (eenheidstarief)	Groepsconsult. Het groepsconsult is gebaseerd op een omvang van 2 uur, inclusief voorbereiding, conform voorstel Deelwerkgroep Praktijkcriteria en Voorwaarden.
4.	MDO-1	60 minuten	€ 75,-- (eenheidstarief)	Dit consult is gebaseerd op 30 min. directe <i>en</i> face-to-face overlegtijd, 30 min. dossiertijd en reistijd. Bij een tarief van €75,-- per uur.
5.	MDO-2	15 minuten	€ 19,-- (eenheidstarief)	Multi-mediaal overleg met een bijde-client-betrokken hulpverlener, als alternatief voor een MDO. Hierbij is geen sprake van reistijd. Facultatief is dossiertijd nodig. Het tarief is gebaseerd op het MDO-tarief, zonder reistijd en dossiertijd. (naar boven afgerond)
6.	scholing	60 minuten	€ 75,-- (tarief per uur, tot max. 4 uur, afgerond op een heel of half uur)	Scholing is gebaseerd op het standaard uurtarief, met een maximum van 4 uren. Dit is exclusief voorbereiding. Als voorbereiding kan maximaal 50% van de scholingsduur worden gedeclareerd. Dit is ook tegelijk de compensatie voor de ontwikkeling van de scholing.



4. Registratievereisten

De verleende diensten worden geregistreerd op het intranet van gv-thuis. Dit is een Microsoft-omgeving, ook wel bekend als SharePoint. De registratie bestaat uit twee onderdelen:

- a) een cliëntgerelateerd deel en
- b) een activiteitendeel

Ad a)

In het cliëntengerelateerde deel worden alleen primaire cliëntgegevens ingevoerd. Deze gegevens zijn via de intranetpagina niet herleidbaar tot een individuele persoon. Alleen via het opgegeven cliëntnummer, behorende bij, is het via de eigen administratie van de gv'er-thuis herleidbaar. Er is dus een gescheiden administratie van persoonsgegevens. Daarmee voldoet de administratie aan de APV.

De gegevens van het cliëntengerelateerde onderdeel is een voorwaarde voor het activiteitendeel. Er zijn namelijk gegevens gekoppeld, waardoor bepaalde velden automatisch worden gevuld.

Ad b)

Het activiteitendeel is een verplicht onderdeel. Zonder registratie van deze velden kan er geen betaling plaatsvinden. Het activiteitendeel is tevens een controle voor de ingediende factuur. **NB.** Activiteitenregistratie en factuur moeten dus volledig overeenstemmen. De activiteitenregistratie is een zogenoemde economische handeling, waar een geldstroom aan vast zit. Dit betekent dat de registratie foutloos moet zijn en overeen moet komen met de daadwerkelijk verrichte dienst. Hier kan bij een materiële controle naar gekeken worden.

Door de registratie van activiteiten in SharePoint is het niet langer nodig om een gespecificeerde factuur in te dienen. Er kan worden volstaan met een totaalbedrag per netwerk (zie Voorbeeldfactuur, pag. 15). De controller heeft toegang tot de activiteitenregistratie en kan de factuur aan de hand van de registratie controleren. Een foutieve registratie wordt daarom zwaar opgenomen en onderzocht.



5. Factuurvereisten

Opmaak factuur in verband met crediteurenadministratie penvoerder:

Adressering	Specificatie	
	Stichting Icare	Coöperatie Dichtbij
afdeling	SSC Crediteuren	Netwerken Palliatieve Zorg Groningen
Postadres	Postbus 265	Rouaanstraat 20a
Postcode	1440 AG	9723 CD
Plaats	Purmerend	Groningen
emailadres	digifactuur@espria.nl	financien@dichtbij.coop
opmerking	1 pdf met 1 factuur	1 pdf met 1 factuur
Gegevens declarant gv-thuis		
Bedrijfsnaam		
postadres		
postcode		
plaats		
Contactpersoon (CP)		
Functie-CP		
Afdeling		
KvK-nummer		
SEPA-rekeningnummer		
BIC-code		
Factuurgegevens		
factuurnummer		
factuurdatum		
Vermelden:		
Kostenplaatsnummer	KP103023	- (geen)
Kostendragernummer ¹ (gebied= woonadres cliënt)	PN/ gv-thuis Assen: 1352 PN/ gv-thuis Emmen: 1353 PN/ gv-thuis Hogeveen: 1354 PN/ gv-thuis Meppel: 1355	<ul style="list-style-type: none"> • Zuidoost • Centraal • Noord
registratie	<ol style="list-style-type: none"> 1. De registratie in SharePoint is de basis voor de declaratie, en vormt een juridisch onderdeel met de factuur. 2. in geval diensten 1, 2, 4 of 5 is een cliëntnummer nodig, een uniek administratief nummer dat in de eigen administratie van de gv'er-thuis terug te voeren is op de individuele cliënt. Hier kan bij een materiële controle naar worden gevraagd. NB. Gebruik van het BSN-nummer is niet toegestaan. 3. Bij scholing: aantal = daadwerkelijke aantal uren scholing. Het programma rekent zelf +50% als voorbereiding. 	
omschrijving te declareren diensten	per declaratieregel: één (1) totaalbedrag per netwerk/ gebied (zie kostendragernummer/ -titel). Verificatie gebeurt aan de hand van de registratie.	
Btw-ID-nummer	Indien BTW-plichtig	
Btw-tarief	Indien BTW-plichtig	
Btw-bedrag	Indien BTW-plichtig	

¹ Het kostendragernummer blijkt uit de registratie van activiteiten, in de SharePoint-applicatie: aan de hand van de vier cijfers van de postcode van het woonadres van de cliënt of de belanghebbende (bij MDO of scholing)



5.1. Voorbeeldfactuur

Aan: Stichting Icare
SSC Crediteuren
Postbus 265
1440 AG
Purmerend
digifactuur@espria.nl

<factuurnummer>	<factuurdatum>
-----------------	----------------

Opmerking

Drenthe-Steenwijkerland/ Icare	Groningen/ Coöperatie Dichtbij
Kostenplaatsnummer: KP103023	-

Periode	Omschrijving	Netwerk/ gebied	(sub)totaal
mei-2021	Activiteiten gv-thuis, volgens registratie	Regio Assen/ 1352	€ 1.112,50
Mei-2021	Activiteiten gv-thuis, volgens registratie	Regio Meppel/ 1355	€ 812,50
BTW <21%>			€ 404,25
Totaal			€ 2.329,25

<Bedrijfsnaam>

<postadres>

<postcode>

<Contactpersoon (CP)>

<Afdeling>

<plaats>

<Functie-CP>

<KvK-nummer>

<SEPA-rekeningnummer>

>Btw-ID-nummer>

<BIC-code>



6. Bijlage 1, eisen klachten en geschillencommissie

Onderwerp	Art. Wkkgz	Toelichting
Goede zorg	2	Zorgaanbieders moeten goede zorg verlenen, die niet leidt tot schade of een aanmerkelijke kans op schade voor de gezondheid van de cliënt.
Organisatie zorgverlening	3	De zorgaanbieder moet de zorgverlening zodanig organiseren dat dit leidt tot goede zorg.
Vergewisplicht	4.1a	De zorgaanbieder moet zich vergewissen van het functioneren van de zorgverleners in het verleden.
Kwaliteitssysteem	7	De zorgaanbieder beschikt over een kwaliteitssysteem (registreren, meten, verbeteren).
VIM	9	De zorgaanbieder heeft een systeem voor het veilig kunnen melden van incidenten en biedt bescherming aan de melders en betrokken zorgverleners (m.b.t. intern gemelde incidenten)
Informatieplicht over incident, rechten cliënt	10.3	De zorgaanbieder is verplicht om de cliënt te informeren over incidenten en daarvan aantekening te maken in het cliëntendossier.
	10.4	Op verzoek van de cliënt informeert de zorgaanbieder de cliënt over de rechten die uit dit protocol voor hem voortvloeien.
Laagdrempelige klachtenregeling	13.1 en 13.2	De zorgaanbieder treft schriftelijk een regeling voor de laagdrempelige opvang en afhandeling van klachten. De zorgaanbieder stelt de regeling vast in overeenstemming met een representatief te achten organisatie van cliënten.
	13.4	De zorgaanbieder brengt de regeling onder de aandacht van cliënten.
	13.5	Bij ketenzorg waarbij meerdere zorgaanbieders betrokken zijn is een afgestemde behandeling van klachten verplicht.
	13.5 en 15	Zorgaanbieder is verplicht om een klachtenfunctionaris beschikbaar te hebben.
Zesweken termijn	17	De zorgaanbieder beslist binnen zes weken over een klacht (eenmalige verlenging van max. 4 weken).
Aansluiting geschillen instantie	18.1 en 19.2	De zorgaanbieder is aangesloten bij een (erkende) geschilleninstantie die is ingesteld door representatief te achten organisatie(s) van zorgaanbieders en cliënten.
	18.5	De zorgaanbieder brengt de geschillenregeling onder de aandacht van cliënten.
Geheimhouding	23	Er geldt een geheimhoudingsplicht voor iedereen die werkt met gegevens over klachten en geschillen.



7. Bijlage 2, stroomschema facturatie gv-thuis

