

Goedgekeurd kwaliteitsstatuut ggz- Instelling

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

I. Algemene informatie

1. Gegevens ggz-aanbieder

Naam instelling: De Praktische GGZ
Hoofd postadres straat en huisnummer: Denemarkenlaan 2, 3e etage
Hoofd postadres postcode en plaats: 2711EL Zoetermeer
Website: www.depraktischeggz.nl
KvK nummer: 57832676
AGB-code(s): 22220710

2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt

E-mailadres: info@depraktischeggz.nl
Telefoonnummer: 0852735857

3. Onze locaties vindt u hier

Link: <http://www.depraktischeggz.nl/Locaties>

4. Beschrijving zorgaanbod en professioneel netwerk:

Het zorgaanbod van de Praktische GGZ bestaat uit: basis generalistische en specialistische geestelijke gezondheidszorg op ambulante basis, voor jeugdige en volwassen cliënten met enkelvoudige en meervoudige psychische problematiek. Het professioneel netwerk van de Praktische GGZ bestaat uit: huisartsen, bedrijfsartsen, kinderartsen, medisch specialisten, bureaus jeugdbescherming, veiligheidshuizen, wijkteams/jeugdteams en andere zorginstellingen.

5. De Praktische GGZ heeft aanbod in:

basis generalistische en specialistische geestelijke gezondheidszorg

6. Behandelingen generalistische basis-ggz

Patiënten/cliënten kunnen met de volgende problematiek bij De Praktische GGZ terecht en deze instelling biedt de volgende vormen van zorg en voor de aanwezige zorgvormen kunnen de volgende beroepsgroepen als regiebehandelaar optreden (indien relevant met toelichting):

Ambulante zorg

Beroepsgroep die hier als regiebehandelaar kan optreden en evt. toelichting:
Klinisch psycholoog, psychotherapeut, psychiater en GZ psycholoog

Anders, namelijk:

De Praktische GGZ biedt ook basis generalistische en specialistische geestelijke gezondheidszorg aan jeugdigen aan in het kader van de Jeugdwet. De regeling met betrekking tot het regiebehandelaarschap volgt De Praktische GGZ hier ook.

7. Behandelingen gespecialiseerde-ggz

Patiënten/cliënten kunnen met de volgende problematiek bij De Praktische GGZ terecht en deze instelling biedt de volgende vormen van zorg en voor de aanwezige zorgvormen kunnen de volgende beroepsgroepen als regiebehandelaar optreden (indien relevant met toelichting):

Ambulante zorg

Beroepsgroep die hier als regiebehandelaar kan optreden en evt. toelichting:
Klinisch psycholoog, psychotherapeut, psychiater en GZ psycholoog

Anders, namelijk:

De Praktische GGZ biedt ook basis generalistische en specialistische geestelijke gezondheidszorg aan jeugdigen aan in het kader van de Jeugdwet. De regeling met betrekking tot het regiebehandelaarschap volgt De Praktische GGZ hier ook.

8. Structurele samenwerkingspartners

De Praktische GGZ werkt ten behoeve van de behandeling van patiënten/cliënten/ patiëntenzorg samen met de volgende partners (beschrijf ook de functie van het samenwerkingsverband en wie daarin:

Jeugdbescherming West <http://jeugdbeschermingwest.nl/> Neherkade 3054 2521 VX Den Haag
Telefoon 070 3082999
Inhoudelijk samenwerkingsverband t.b.v. verschillende type zorg aan cliënten

Jeugdformaat <https://www.jeugdformaat.nl/> Fleminglaan 16 2289 CP Rijswijk Telefoon: 088 - 352 0000
Inhoudelijk samenwerkingsverband t.b.v. verschillende type zorg aan cliënten
Netwerk Sociaal Domein Midden-Holland (NSDMH) <https://www.nsdmh.nl> Burgemeester Jamesplein 1 2803 PG GOUDA
Inhoudelijk samenwerkingsverband t.b.v. verschillende type zorg aan cliënten

Rivierduinen <https://www.rivierduinen.nl/> Brechtzijde 20 2725 NS Zoetermeer Telefoon 0793301300
Inhoudelijk samenwerkingsverband t.b.v. verschillende type zorg aan cliënten

Sociaal Wijkteam Gouda <https://www.sociaalteamgouda.nl/overons/> Gezondheidscentrum Bloemendaal Lekkenburg 6 2804 XC Gouda
Inhoudelijk samenwerkingsverband t.b.v. verschillende type zorg aan cliënten Sociaal Wijkteam

Waddinxveen http://www.waddinxveen.nl/inwoners/sociaal-team_42441/item/sociaal-teamwaddinxveen_

96226.html Raadhuisplein 1, 2741 HR 2740 AK Waddinxveen Telefoon: 14 0182
Inhoudelijk samenwerkingsverband t.b.v. verschillende type zorg aan cliënten

Stek jeugdhulp <http://www.stekjeugdhulp.nl/nl/contact> Kralingseweg 463 3065 RG Rotterdam
010 –
23 50 580 Inhoudelijk samenwerkingsverband t.b.v. verschillende type zorg aan cliënten

II. Organisatie van de zorg

9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

De Praktische GGZ ziet er als volgt op toe dat:

9a. Zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn:

Alle zorgverleners, werkzaam binnen de GGZ, zijn HBO+ gekwalificeerd conform de beroepentabel (CONO). Binnen het kwaliteitssysteem is vastgelegd op welke wijze de werving en selectie, de personele dossiers en de beoordelingscyclus geregeld zijn. In de personele dossiers is minimaal aanwezig: kopie ID, CV, relevante diploma's, BIG-registratie, lidmaatschap beroepsvereniging en actuele VOG. In de selectieprocedure worden referenties opgevraagd bij eerdere werkgevers, en is er een gesprek met een collega die werkzaam is in een soortgelijk vakgebied/specialisme. Per client(systeem) worden de kwaliteit van de zorg en de zorgverlener geborgd door een aantal zaken. De instelling werkt met het '4-ogenprincipe', een (regie-)behandelaar neemt een belangrijke beslissing nooit alleen, maar legt deze voor aan een collega met vakkennis op betreffend gebied. Daarnaast is er een structureel MDO met betrokken (regie-)behandelaren (vaak gezamenlijk met externe collega's), en zijn er vaste momenten waarop een regiebehandelaar betrokken is bij de behandeling en de behandelaars. De regiebehandelaar geeft in het EPD, na controle op de dossiervorming (documenten, formulieren, activiteiten en dossiernotities) een digitaal akkoord bij start, diagnose/plan, evaluatie en einde zorgtraject. Voor nieuwe medewerkers is een introductie in de visie, werkwijze, procedures en processen beschikbaar. Daarnaast werkt elke medewerker in de inwerkperiode samen met een collega met een soortgelijke achtergrond, die fungeert als vraagbaak.

Alle vitale processen, procedures, protocollen, formats, richtlijnen en zorgstandaarden zijn beschikbaar voor medewerkers. In de jaarlijkse interne en externe audits (ISO) wordt beoordeeld of gewerkt wordt conform de afspraken, standaarden en richtlijnen. Waar nodig worden verbeterplannen ingezet.

9b. Zorgverleners volgens zorgstandaarden en richtlijnen handelen:

Met de internationaal onderzochte en effectieve metamethode 'wraparound care' als basis voor de multidisciplinaire samenwerking wordt op basis van de diagnose, behandelindicatie, zorgvraag en specifieke situatie bepaald welke instrumenten, methoden en zorgprogramma's worden gehanteerd.

Alle vitale processen, procedures, protocollen, formats, richtlijnen en zorgstandaarden zijn beschikbaar voor medewerkers. In de jaarlijkse interne en externe audits (ISO) wordt beoordeeld of gewerkt wordt conform de afspraken, standaarden en richtlijnen. Waar nodig worden verbeterplannen ingezet. Alle zorgverleners nemen deel aan een gestructureerde vorm van intervisie. De instelling heeft een ervaren psychiater die optreedt in de rol van inhoudelijk

directeur. Deze is actief in de ontwikkeling van het behandelbeleid, en is bij incidenten en calamiteiten actief in de keuzes en afstemming, in- en extern.

9c. Zorgverleners hun deskundigheid op peil houden:

Primair zijn zorgverleners zelf verantwoordelijk voor hun vakmatige en persoonlijke ontwikkeling.

Zorgverleners zijn lid van een of meerdere beroepsverenigingen, gericht op hun eigen vakgebied, de instelling faciliteert dit. Onderlinge kennisdeling, herregistraties en bijbehorende opleidingen worden bewaakt en ondersteund vanuit de organisatie. In de beoordelingscyclus worden afspraken gemaakt over de wijze waarop de medewerker werkt aan persoonlijke en vakmatige ontwikkeling. Hierbij wordt tevens bekeken welke bijdrage de instelling in tijd/geld kan leveren. Daarnaast is De Praktische GGZ ook zelf, in samenwerking met specialistische aanbieders en universiteiten/Hogescholen/kennisinstituten actief in kennis delen, opleiding, onderzoek en ontwikkeling. Dit betreft met name de specialismen van De Praktische GGZ zelf: integrale zorg, ambulantisering, versterken en ondersteunen informele zorg en systeemgericht werken.

10. Samenwerking

10a. Samenwerking binnen uw organisatie en het multidisciplinair overleg is vastgelegd en geborgd in het professioneel statuut:

Upload van uw professioneel statuut op www.ggzkwaliteitsstatuut.nl

10b. Indien de organisatie gespecialiseerde-ggz levert: Binnen De Praktische GGZ is het multidisciplinair overleg en de informatie-uitwisseling en -overdracht tussen regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren als volgt geregeld:

Deze zaken zijn uitvoerig beschreven in het kwaliteitssysteem en het professioneel statuut. De instelling heeft een wekelijks gestructureerd MDO met de regiebehandelaren (inclusief psychiater), aangevuld met andere behandelaren waar nodig. Hier worden alle nieuwe cliënten besproken, en daarnaast ook cliënten waar bijzondere zaken, overdrachten of veiligheidsissues aan de orde zijn. Per cliënt wordt hier ook bepaald welke regiebehandelaar eindverantwoordelijk is voor het zorgtraject.

Hierbij gaan wij uit van de beste match in persoon en expertise. Het kan evenwel zijn dat vanwege polisvoorwaarden of contract eisen afgeweken wordt van de inhoudelijke voorkeur. De regiebehandelaar wordt vastgelegd in het dossier (EPD). De regiebehandelaar doet zelf de intake (eventueel samen met een mede-behandelaar) of heeft in de eerste fase van zorg een direct contact met de cliënt. Indien de regiebehandelaar niet direct actief in de behandeling is, is ook een direct contact aanwezig bij afsluiting (bij trajecten langer dan 6 maanden).

Diagnose en plan worden in overleg met de cliënt gemaakt en in MDO met het behandelteam vastgesteld. Deze MDO's worden per cliënt ingepland. Het zelfde gebeurt bij veranderingen in de situatie, evaluaties en bij einde traject. Verwijzers en andere betrokken worden geïnformeerd over de voortgang, waar nodig wordt advies gevraagd aan hen, of worden zij uitgenodigd bij MDO's/ behandelbesprekingen met cliënt.

Met deze werkwijze is dus enerzijds het gestructureerd MDO geborgd, en kan anderzijds zorg op maat geleverd worden.

10c. De Praktische GGZ hanteert de volgende procedure voor het op- en afschalen van de zorgverlening naar een volgend respectievelijk voorliggend echelon:

In het wekelijks MDO met alle regiebehandelaren (bij start en bij bijzonderheden) en in MDO's per cliënt met het behandelteam (bij start, vaststellen diagnose, behandelindicatie en plan, inzet disciplines, of zorgprogramma's, stepped-care, (dreigende)uitval, crisis, incidenten, evaluaties en afsluitingen worden cliënten besproken. Diagnose en plan worden in overleg met de cliënt gemaakt, en in MDO met het behandelteam vastgesteld. Deze MDO's worden per cliënt ingepland. Hetzelfde gebeurt bij veranderingen in de situatie, evaluaties en bij einde traject. In het MDO vindt tevens besluitvorming plaats over op- en afschalen van het traject. Op deze wijze is maatwerk mogelijk, ook voor cliënten met complexe multiproblematiek.

10d. Binnen De Praktische GGZ geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de volgende escalatieprocedure:

In uiterste instantie hebben individuele behandelaren de mogelijkheid om zich terug te trekken uit een individueel behandelingstraject als zij het persoonlijk niet eens zijn met het beleid en de keuzes die gemaakt worden (of om andere redenen). Maar zover hoeft het niet te komen. Wij zoeken samen naar een oplossing in onderlinge dialoog. Allereerst zal de cliënt zelf gevraagd worden naar zijn/haar zienswijze. In principe zullen wij deze zienswijze volgen, behalve als de cliënt evident niet in staat is tot een gefundeerd oordeel. De regiebehandelaar, eventueel na overleg met de beleidspsychiater/geneesheer-directeur, is degene die knopen doorhakt bij verschil in inzicht. Indien er organisatorische kwesties (bijvoorbeeld in capaciteit, risico's of kosten) spelen zal de directie hier over besluiten. Deze kan ook bemiddelen tussen zorgverlener en cliënt. Bij onenigheid over de inhoudelijke lijn zal in het wekelijks gestructureerde MDO de situatie voorgelegd worden. Indien geen oplossing gevonden wordt zal de kwestie voorgelegd worden aan een externe deskundige. Bij grote risico's ook aan de inspectie. In het uiterste geval neemt de directie een gefundeerd besluit over de kwestie. Alle hierboven beschreven stappen worden vastgelegd in het dossier. Daarnaast wordtende melding van het visie verschil en de stappen in het escalatieproces vastgelegd binnen het kwaliteitsmanagementsysteem met een beschreven melding van het incident.

11. Dossiervoering en omgang met patiëntgegevens

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

Ja

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

Ja

11c. Ik gebruik de privacyverklaring als de patiënt zijn diagnose niet kenbaar wil maken aan zijn zorgverzekeraar:

Ja

11d. De Praktische GGZ levert ROM-gegevens aan bij de Stichting Benchmark ggz (SBG) op geaggregeerd niveau ten behoeve van benchmarking:

Ja

12. Klachten en geschillenregeling

12a. Patiënten kunnen met klachten over een behandeling terecht bij

Als de cliënt er met de klachtenfunctionaris niet uitkomt dan kan de cliënt, bij voorkeur in overleg met de klachtenfunctionaris, maar eventueel ook rechtstreeks, de klacht schriftelijk voorleggen aan de onafhankelijke externe klachtencommissie (www.ECKG.nl telefoonnummer 023-7001210 tussen 09.00-12.00 uur op werkdagen) of per mail via info@eckg.nl).

De klachtenregeling is hier te vinden:

Upload van uw klachtenregeling op www.ggzkwaliteitsstatuut.nl

12b. Patiënten kunnen met geschillen over behandeling terecht bij

De cliënt dient een klacht bij De Geschillencommissie Zorg in door het klachtformulier op de website in te vullen met de NAW gegevens en een omschrijving van de klacht.

<https://www.degeschillencommissiezorg.nl/clienten/>

De geschillenregeling is hier te vinden:

Upload van uw geschillenregeling op www.ggzkwaliteitsstatuut.nl

III. Het behandelproces- het traject dat de patiënt in deze instelling doorloopt

13. Wachtijd voor intake en behandeling

Patiënten vinden informatie over wachttijden voor intake en behandeling via deze link of document (en kunnen deze telefonisch opvragen). De informatie is gerangschikt naar basis generalistische en specialistische geestelijke gezondheidszorg, en –indien het onderscheid van toepassing is– per zorgverzekeraar en per diagnose.

Link naar wachttijden voor intake en behandeling:

<http://www.depraktischeggz.nl/locaties/wachttijden>

14. Aanmelding en intake

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

Zowel cliënten als verwijzers kunnen zich melden (telefonisch, per mail of via de website). Het secretariaat is tijdelijk contactpersoon voor de cliënt, bewaakt de voortgang en draagt over zodra de intaker bekend en het contact gelegd is. Binnen 3 werkdagen wordt de informatie

over het gevolg gedeeld met degene die aanmeldt: de beschikbaarheid en eisen aan de verwijzing, de werkwijze en overleg over de datum intake en specifieke wensen van de cliënt. Binnen een week wordt de cliënt besproken in het wekelijks gestructureerd MDO met regiebehandelaren. Hier wordt besloten wie de intake zal doen. Indien dit niet de regiebehandelaar is wordt direct ook afgesproken welke regiebehandelaar de eindverantwoordelijkheid heeft. Dit wordt gecommuniceerd met de verwijzer en/of de cliënt (afhankelijk van de informatie). De wachttijd voor een intake is, vanuit de instelling, nooit langer dan twee weken (de cliënt kan uiteraard wel andere wensen hebben). De intaker zorgt dat alle informatie beschikbaar is bij de intake, en overlegt waar nodig (via de cliënt en met toestemming) extra informatie op. In deze fase wordt ook de verwijzing gecontroleerd, en is er waar nodig overleg met de verwijzer. Doelstelling; bij het intakegesprek is alle beschikbare informatie aanwezig, zodat de behandeling na intake direct kan starten. Alle informatie wordt vastgelegd in het EPD (documenten, start formulieren, zakelijke afspraken, tijdsregistratie en bijbehorende dossiernotities).

14b. Binnen De Praktische GGZ wordt de patiënt/cliënt terugverwezen naar de verwijzer –indien mogelijk met een passend advies- indien geen passend aanbod heeft op de zorgvraag van de patiënt/cliënt:

Ja

15. Diagnose

Beschrijf hoe de intake en diagnose binnen De Praktische GGZ is geregeld (hoe komt de aanmelding binnen, hoe komt de afspraak met de patiënt/cliënt voor de intake tot stand, wie is in de intakefase de regiebehandelaar en hoe komt die beslissing tot stand (afstemming met patiënt/cliënt), waaruit bestaan de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar indien deze wel/niet zelf de diagnose stelt):

Persoonlijk contact staat centraal in de werkwijze. Onze cliënten (multiproblematiek met grote lijdensdruk) hebben veelal moeite hulp te accepteren en de formele zaken te regelen. Zowel cliënten als verwijzers kunnen zich melden (telefonisch, per mail of via de website). Het secretariaat (= degene die de aanmelding aanneemt) is tijdelijk contactpersoon voor de cliënt, bewaakt de voortgang en draagt over zodra de intaker bekend en het contact gelegd is. Binnen 3 werkdagen wordt de informatie over het gevolg gedeeld met degene die aanmeldt: de beschikbaarheid en eisen aan de verwijzing, de werkwijze en overleg over de datum intake en specifieke wensen daarbij van de cliënt. Ook wordt de cliënt in deze fase binnen een week besproken in het wekelijks gestructureerd MDO met regiebehandelaren. Hier wordt besloten wie de intake zal doen. Indien dit niet de regiebehandelaar is, wordt direct ook afgesproken welke regiebehandelaar de eindverantwoordelijkheid heeft. Dit wordt gecommuniceerd met de verwijzer en/of de cliënt (afhankelijk van de informatie). De wachttijd voor een intake is, vanuit de instelling, nooit langer dan twee weken (de cliënt kan uiteraard wel andere wensen hebben over de planning, hiermee houden wij rekening). De intaker zorgt dat alle informatie beschikbaar is bij de intake, en overlegt waar nodig (via de cliënt en met toestemming) extra informatie op. In deze fase wordt ook de verwijzing gecontroleerd, en is er waar nodig overleg met de verwijzer. Doelstelling bij het intakegesprek is alle beschikbare informatie aanwezig, zodat de behandeling na intake direct kan starten. Alle informatie wordt vastgelegd in het EPD (documenten, start formulieren, zakelijke afspraken, tijdsregistratie en bijbehorende dossiernotities). Tijdens de intake wordt door de intaker ook gesproken over de werkwijze van de instelling ('algemene voorwaarden'), en worden noodzakelijke documenten

(WGBO-overeenkomst zorg, eventuele aanvullende documenten) getekend. In de intake zelf of een vervolgesprek wordt de diagnose en behandelindicatie besproken met de cliënt en eventuele andere betrokkenen, en vastgesteld. In het EPD wordt door de regiebehandelaar elke fase (start, diagnose/plan, evaluatie, einde traject) vastgelegd middels een digitaal akkoord. In de intakefase worden ook de passende vragenlijsten ingevuld door cliënten en behandelaren (ROM) en wordt de verwijzer geïnformeerd met de 'brief in zorg'. Na de intake wordt door de regiebehandelaar besloten wat het vervolg zal zijn. Indien er vragen zijn, wordt overleg gevoerd met de verwijzer en/of de cliënt opnieuw besproken in het wekelijks MDO. Waar nodig wordt de verwijzing opnieuw overlegd of anders ingezet. Indien degene die de behandeling gaat doen zelf geen regiebehandelaar is wordt direct een afspraak gemaakt voor een gesprek (direct contact) met de cliënt.

16. Behandeling

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

Op basis van de intake, ingevulde vragenlijsten (ROM) en eventuele aanvullende informatie van derden, worden door het behandelteam in MDO-verband (regiebehandelaar, andere betrokken behandelaren en eventuele externe betrokkenen) de behandelindicatie en het plan (doelen) besproken. De behandelaar gaat samen met de cliënt (+ het systeem) daarna het plan maken. Dit wordt vastgelegd in het EPD. Het plan bevat concrete doelen, afspraken over de inzet van instrumenten en methoden en meetmomenten. In het EPD worden het akkoord van de behandelaar, de regie behandelaar en de cliënt vastgelegd.

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

In reguliere zorgtrajecten is de regiebehandelaar tevens aanspreekpunt tijdens de behandeling. Bij complexe zorgvragen, multifocale zorg en zeer intensieve trajecten is er soms een vaste behandelaar voor de cliënt (en het systeem) de primaire aanspreekpersoon voor cliënten. De regiebehandelaar is altijd bekend bij de cliënt, en kan ook altijd benaderd worden. Maar de vaste behandelaar is de eerst contactpersoon voor de cliënt en is op de hoogte van alle ontwikkelingen. Voor cliënten is dit vaak een prettige oplossing.

16c. De voortgang van de behandeling wordt binnen De Praktische GGZ als volgt gemonitord (zoals voortgangsbespreking behandelplan, evaluatie, vragenlijsten, ROM):

In het kwaliteitssysteem zijn alle vitale processen beschreven. Het betrokken behandelteam heeft toegang tot het dossier per cliënt. Hiervoor geldt een privacy beschermende, heldere bevoegdhedenstructuur, die bekend is bij alle medewerkers en binnen het EPD wordt gemonitord.

Binnen het EPD worden alle vitale stappen en processen gemonitord. De ROM-meting bij start en einde zorgtraject vormen hier integraal onderdeel van. De registratie is tijdig, volledig en juist. De regiebehandelaar controleert inhoudelijk de dossiervorming. De directie is verantwoordelijk voor de tijdsplanning, proces-sturing en formele aspecten. Waar nodig worden medewerkers aangespoord en aangesproken om de voortgang vast te leggen. Bij afsluiting van het dossier is de registratie en rapportage foutloos. Cliënten hebben te allen tijde het recht om hun dossier in te zien. Waar mogelijk en gewenst wordt de registratie en dossiervorming besproken en inzichtelijk gemaakt voor cliënten.

16.d Binnen De Praktische GGZ evalueert de regiebehandelaar samen met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling als volgt (toelichting op wijze van evaluatie en frequentie):

Het behandelplan wordt samen met de cliënt vastgesteld, maximaal 3 maanden na datum aanmelding. Aan het einde van het traject (en minimaal eens per zes maanden) wordt het plan en de bijbehorende doelstelling geëvalueerd. Waar nodig wordt overlegd met de verwijzer en andere betrokkenen over de keuzes in de voortgang of beëindiging. Bij afsluiting wordt de cliënttevredenheid gemeten (ROM en gesprekken met cliënten). Tevens wordt een 'afsluitbrief' gestuurd aan de verwijzer.

16e. De tevredenheid van patiënten/cliënten wordt binnen De Praktische GGZ op de volgende manier gemeten (wanneer, hoe):

Na het inplannen van het eindgesprek verzoekt de regiebehandelaar per mail aan het secretariaat om de ROM nameting voor cliënt en eventuele andere betrokkenen klaar te zetten. Cliënt wordt gevraagd aan een klanttevredenheidsonderzoek mee te werken (ook in ROM lijsten opgenomen). Het invullen van de vragenlijsten kan online via TelePsy of op papier met retourenvelop. Het invullen van de vragenlijsten kan ook na afloop van het eindgesprek op een daarvoor geschikt werkstation bij De Praktische GGZ plaats vinden, als dat nog niet is gebeurd. Het secretariaat bewaakt het invullen van de ROM lijsten en informeert de (regie)behandelaar hierover, voorafgaand aan het eindgesprek. Tijdens het eindgesprek vindt een eindevaluatie plaats.

17. Afsluiting/nazorg

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

In de afsluiting van een zorgtraject wordt bekeken of de resultaten voldoende zijn, of vervolghulp noodzakelijk is en zo ja, of dit binnen en/of buiten onze instelling het beste gerealiseerd kan worden. Bij beëindiging rapporteren wij de verwijzer in de 'afsluitbrief' over de ervaringen, de resultaten en eventueel noodzakelijke vervolgstappen. Indien een cliënt bezwaren heeft met betrekking tot de inhoud of wijze van informeren van verwijzers en andere betrokkenen gaan we hierover in overleg. Hierbij baseren wij ons op de wettelijke grenzen, en op de toestemmingen die de cliënt ons initieel verleend heeft ten aanzien van het delen van informatie. Hierbij zullen wij ons altijd richten op het bespreken van het belang voor cliënten zelf rond uitwisseling van informatie. Alleen als zorgverleners intensief samenwerken (ook als zij actief zijn in verschillende organisaties) kunnen wij optimale resultaten bereiken. Indien er geschillen zijn, bespreken wij dit in alle openheid met cliënten. We zullen uitleggen dat wij een professionele verantwoordelijkheid hebben, maar dat cliënten ook recht hebben op een andere mening. Vanuit De Praktische GGZ hebben wij met deze transparante werkwijze eigenlijk nooit problemen. Mocht dat onverhoopt wel het geval zijn, dan hebben wij een goede regeling voor vertrouwenskwesaties en klachten. Wij zullen een cliënt nooit veroordelen als deze daar gebruik van maakt.

17b. Patiënten/cliënten en/of hun naasten kunnen als volgt handelen als er na afsluiting van de behandeling sprake is van crisis of terugval:

3-6 Maanden na afsluiting is in onze werkwijze en processen vastgesteld dat wij een 'follow-up' doen. Wij nemen dan (telefonisch of per mail) contact op met de cliënt, de verwijzer en eventuele andere betrokkenen en informeren over de huidige situatie. Gaat het goed, kan het beter en/of heb je hulp nodig? Waar nodig gaan wij in overleg over een herstart, vervolg of inzet van andere hulp. Daarnaast is het voor cliënten altijd mogelijk direct contact op te nemen met de behandelaar (of een van de leden van het behandelteam) als er vragen of problemen zijn. Cliënten weten dit, het wordt besproken bij de evaluatie van het zorgtraject. Het is onze ervaring dat cliënten met deze laagdrempelige werkwijze goed uit de voeten kunnen. zij vragen hulp als ze dat nodig hebben. Dat vinden wij heel belangrijk.

IV. Ondertekening

Naam bestuurder van De Praktische GGZ:

Inge Lobbes-Dijkgraaf
Algemeen directeur

Paul Obdam
Financieel directeur

Plaats:

Zoetermeer

Datum:

29-11-2016

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

Ja

Bij het openbaar maken van het kwaliteitsstatuut voegt de ggz-instelling de volgende bijlagen op de registratiepagina van www.ggzkwaliteitsstatuut.nl toe:

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

Een kopie van de overeenkomst met SBG voor aanlevering van ROM-gegevens; zijn algemene leveringsvoorwaarden; het binnen de instelling geldende professioneel statuut, waar de genoemde escalatie-procedure in is opgenomen.