

Goedgekeurd kwaliteitsstatuut ggz - Instelling format C

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

I. Algemene informatie

1. Gegevens ggz-aanbieder

Naam instelling zoals bekend bij KVK: 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 1: 22220710

2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt

Naam: Paul Obdam
E-mailadres: pobdam@depraktischeggz.nl
Tweede e-mailadres
Telefoonnummer: 0653337641

3. Onze locaties vindt u hier

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

4. Beschrijving aandachtsgebieden/zorgaanbod:

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

De wetenschap van de psychologie komt enkel tot zijn recht binnen het ambacht van de therapie. Dit betekent dat we gebruik maken van "state of the art", "evidence based" richtlijnen, zoals deze beschreven worden in de GGZ standaarden en door het kenniscentrum Kind en Jeugd Psychiatrie; Deze zijn verweven zijn binnen het ambacht van de therapeutische expertise en het professioneel handelen; alleen zo komen deze tot hun recht.

We zijn streven ernaar inspirerend en innovatief te zijn, door actief de nieuwste ontwikkelingen mee te nemen in ons aanbod en deze te delen en toegankelijk te maken voor zoveel mogelijk mensen bij wie onze geestelijke gezondheidszorg aansluit.

Wij bieden professionele ambulante geestelijke gezondheidszorg aan in de regio's Haaglanden, Midden-Holland en Holland-Rijnland en Utrecht-West. Wij behandelen kinderen, jongeren en volwassenen.

Onze psychiaters, (GZ-)psychologen, orthopedagogen en vaktherapeuten zijn betrokken en deskundig. Samen werken wij aan uw psychische klachten. Direct, dichtbij en doeltreffend. En altijd op maat.

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

Aandachtstekort- en gedrags
Pervasief
Overige kindertijd
Depressie

Angst
Persoonlijkheid

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

Nee

4d. Heeft u nog overige specialismen: (optioneel, meerdere antwoorden mogelijk):

5. Beschrijving professioneel netwerk:

Het professioneel netwerk van De Praktische GGZ bestaat uit:

Huisartsen, GGZ-instellingen, medisch specialisten, scholen, begeleiding en maatschappelijk werk, gemeenten en hun (jeugd-)teams, beroepsverenigingen, kwaliteitsinstututen, zorgverzekeraars, bedrijfsartsen, jeugdbescherming en veiligheidshuizen.

6. Onze instelling biedt zorg aan in:

Omdat in het Zorgprestatie-model nog wordt gewerkt met een onderscheid in basis- en specialistische ggz wordt tijdelijk deze vraag ook opgenomen in het kwaliteitsstatuut. Dit onderscheid zal in de toekomst vervallen en dan blijft uitsluitend de indeling in categorieën over.

6a. De Praktische GGZ heeft aanbod in:

de generalistische basis-ggz:

De GZ-psycholoog en orthopedagoog-generalist.

de gespecialiseerde-ggz:

De klinisch psycholoog, psychiater, psychotherapeut, orthopedagoog-generalist en GZ-psycholoog.

6b. De Praktische GGZ heeft aanbod in de categorieën van complexiteit van situatie:

Categorie A Indicerend regiebehandelaar:

De klinisch psycholoog, psychiater, psychotherapeut, orthopedagoog-generalist en GZ-psycholoog.

Categorie A Coördinerend regiebehandelaar:

De klinisch psycholoog, psychiater, psychotherapeut, orthopedagoog-generalist en GZ-psycholoog.

Categorie B Indicerend regiebehandelaar:

De klinisch psycholoog en de psychiater.

Categorie B Coördinerend regiebehandelaar:

De klinisch psycholoog, psychiater, psychotherapeut, orthopedagoog-generalist en GZ-psycholoog.

7. Structurele samenwerkingspartners

De Praktische GGZ werkt ten behoeve van de behandeling en begeleiding van patiënten/cliënten samen met (beschrijf de functie van het samenwerkingsverband en wie daarin participeren (vermeldt hierbij NAW-gegevens en website)):

Stichting Rivierduinen

Sandifortdreef 19

2333 ZZ Leiden

071 890 8888

www.rivierduinen.nl

Gro-up Jeugdhulp

Spoorhaven 10-18

2651 AV Berkel en Rodenrijs

www.gro-up.nl

GO! voor jeugd

Postbus 774

2400 AT Alphen aan den Rijn

085 13 01 641

Bezoekadres hoofdkantoor:
Zuidpoolsingel 4
2408 ZE Alphen aan den Rijn

II. Organisatie van de zorg

8. Lerend netwerk

De Praktische GGZ geeft op de volgende manier invulling aan het lerend netwerk van indicierend en coördinerend regiebehandelaren. Indien u een kleine zorgaanbieder bent (2 -50 zorgverleners), dient u ook aan te geven met welke andere zorgaanbieder u zich heeft verbonden om dit lerend netwerk mogelijk te maken.

Wij hebben structureel en op frequente basis bijeenkomsten die invulling geven aan het lerend netwerk, waaronder: kwaliteitsbevordering (zowel ingevuld door interne medewerkers als ook door experts vanuit netwerk), intervisie, supervisie, werkbegeleiding en regionale bijeenkomsten. Wij zijn verbonden aan de onderwijsinstelling RINO Groep.

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).oAlle behandelaars voldoen aan de kwaliteitseisen voortvloeiende uit de beroepsregistraties, specialismen, beroepsverenigingen, registratie-eisen van de specifieke behandelvaardigheden en de beroepscode van de beroepsverenigingen.

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.

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 volgen kwaliteitsstandaarden, zorgstandaarden en richtlijnen handelen:

Met de multidisciplinaire teams als fundament wordt op basis van de diagnose, behandelindicatie, zorgvraag en specifieke situatie bepaald welke instrumenten, methoden en zorgprogramma's worden gehanteerd. Deze zijn gebaseerd op de actuele zorgstandaarden en richtlijnen binnen de GGZ.

Alle vitale en actuele 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/Hogeschole/n/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 (kies een van de twee opties):

Ja

10b. Binnen De Praktische GGZ is het (multidisciplinair) overleg en de informatie-uitwisseling en -overdracht tussen indicierend en coördinerend regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren als volgt geregeld (beschrijf wat u heeft geregeld voor het uitvoeren van de (multidisciplinaire) overleggen, o.a. samenstelling, overlegfrequentie, wijze van verslaglegging):

Deze zaken zijn uitvoerig beschreven in het kwaliteitssysteem en het professioneel statuut. De instelling heeft een wekelijks gestructureerd multidisciplinair overleg (MDO) voor de cliënten vallend binnen de SGGZ. Voor cliënten die zorg ontvangen binnen de BGGZ is er altijd een psychiater of klinisch psycholoog beschikbaar voor consultatie. Het multidisciplinair overleg is de toetsing van de bevindingen over inhoud, verloop en uitkomsten van het behandelproces door de behandelaren; waaronder tenminste de regiebehandelaren, psychiater en/of klinisch psycholoog. Tijdens het overleg 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.

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. 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. 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:

Evaluaties in het multidisciplinair team vinden binnen de SGGZ structureel (bij start, afsluiting en ten minste elke 6 maanden tussentijds) plaats, de volgende consequenties kunnen hier aan worden verbonden:

- Voortzetten van de behandeling
- Intensiveren van de behandeling (opschalen)
- Afschalen van de behandeling

- Wijzigen van de behandeling, bijvoorbeeld naar een ander zorgprogramma of wijziging van het beleid middels toevoegen van een module ofwel inzet veiligheidsplan
- Beëindigen van de behandeling

Voor cliënten die zorg ontvangen binnen de BGGZ is er altijd een psychiater of klinisch psycholoog beschikbaar voor consultatie, waarbij de consequenties gelijk kunnen zijn aan bovenstaande opsomming.

Na evaluatie in beide gevallen, dus zowel SGGZ als BGGZ wordt de samenvatting en conclusie van het MDO vastgelegd in het EPD, behandelplan en besproken met cliënt en eventuele betrokkenen.

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 om redenen zoals dat zij het persoonlijk niet eens zijn met het beleid en de keuzes die gemaakt worden. Er wordt in alle gevallen eerst met elkaar naar een oplossing gezocht in onderlinge dialoog. De regiebehandelaar, eventueel na overleg met de inhoudelijke directie of medische staf, is degene beslissingen neemt 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 wordt een melding van het verschil in visie 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/cliënt bij het delen van gegevens met niet bij de behandeling betrokken professionals:

Ja

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

Ja

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

Ja

12. Klachten en geschillenregeling

12a. Patiënten/cliënten kunnen de klachtenregeling hier vinden (kies een van de twee opties):

Upload van uw klachtenregeling op www.ggzkwaliteitsstatuut.nl

12b. Patiënten/cliënten kunnen met geschillen over een behandeling en begeleiding terecht bij

Naam geschilleninstantie waarbij instelling is aangesloten: De geschillencommissie zorg

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

De geschillenregeling is hier te vinden:

Link naar geschillenregeling: <https://www.degeschillencommissiezorg.nl/>

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

13. Wachtijd voor intake/probleemanalyse en behandeling en begeleiding

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

Link naar wachttijden voor intake en behandeling:

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

14. Aanmelding en intake/probleemanalyse

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

Zowel cliënten als verwijzers kunnen zich melden (telefonisch, zorgdomein, 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 verwijzing van de cliënt inhoudelijk beoordeeld en wordt besloten wie de intake zal doen. Er wordt ook direct afgesproken welke regiebehandelaar de eindverantwoordelijkheid heeft. Dit wordt gecommuniceerd met de verwijzer en/of de cliënt (afhankelijk van de informatie). De intaker zorgt dat alle informatie beschikbaar is bij de intake, en overlegt waar nodig (via de cliënt en met toestemming) extra informatie op. 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 doorverwezen naar een andere zorgaanbieder met een passend zorgaanbod of terugverwezen naar de verwijzer –indien mogelijk met een passend advies- indien de instelling geen passend aanbod heeft op de zorgvraag van de patiënt/cliënt:

Ja

15. Indicatiestelling

Beschrijf hoe de intake/probleemanalyse en indicatiestelling binnen uw instelling 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 indicierend regiebehandelaar en hoe komt die beslissing tot stand (afstemming met patiënt/cliënt), waaruit bestaan de verantwoordelijkheden van de indicierend regiebehandelaar bij het stellen van de diagnose)

Persoonlijk contact staat centraal in de werkwijze. Onze cliënten kunnen een drempel ervaren om hulp te accepteren en de formele zaken te regelen. Zowel cliënten als verwijzers kunnen zich melden (telefonisch, via zorgdomein, per mail of via de website). Het secretariaat (daar waar de aanmelding wordt aangenomen) is tijdelijk contactpersoon voor de cliënt, bewaakt de voortgang en draagt over zodra de intaker bekend en het contact gelegd is.

Wanneer de verantwoordelijkheid over gaat naar de regiebehandelaar draagt deze persoon eindverantwoordelijkheid voor het dossier en behandelproces. Dit doet hij/zij in samenwerking met eventuele medebehandelaren en in samenspraak met het multidisciplinaire team.

16. Behandeling en begeleiding

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

Op basis van de informatie vanuit verwijzing, de intake, de ingevulde vragenlijsten (ROM) en eventuele aanvullende informatie van derden, worden door het behandelteam in multidisciplinair verband de behandelindicatie en het behandelplan (inclusief behandeldoelen) besproken. De behandelaar werkt het plan samen met de cliënt (en eventueel het systeem) uit. 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 centraal aanspreekpunt voor de patiënt/cliënt tijdens de behandeling is de coördinerend regiebehandelaar (beschrijving rol en taken regiebehandelaar in relatie tot rol en taken medebehandelaars):

In reguliere zorgtrajecten is de regiebehandelaar tevens aanspreekpunt tijdens de behandeling. Doorgaans is de 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 eerste contactpersoon voor de cliënt en is op de hoogte van alle ontwikkelingen. Voor cliënten is dit vaak een prettige werkwijze.

16c. De voortgang van de behandeling wordt binnen De Praktische GGZ als volgt gemonitord (zoals voortgangsbepreking 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.

16d. Binnen De Praktische GGZ reflecteert de coördinerend 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 Embloom 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 begeleiding 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 geëvalueerd 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 dan wel adviezen voor bij mogelijke terugval. Indien een cliënt bezwaren heeft met betrekking tot de inhoud of wijze van informeren van verwijzers en andere betrokkenen gaan we hierover met client in overleg. Uiteindelijk baseren wij ons op de wettelijke grenzen, en op de wensen van client. Client heeft ten alle tijden de mogelijkheid bezwaar te maken of advies in te winnen bij een onafhankelijke instantie te raadplegen. Desgewenst kunnen wij client ook de weg wijzen naar een geschikt loket.

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

Binnen zes maanden kan cliënt zonder nieuwe verwijzing herstarten in zorg, indien geïndiceerd. Een verkorte intake wordt gevolgd waarna het beschreven proces wordt doorlopen. Na zes maanden volgt cliënt het zorgtraject vanaf de intakefase. Het reeds bestaande dossier kan met toestemming van client direct weer worden geopend zodat deze informatie meteen weer tot de beschikking komt.

IV. Ondertekening

Naam bestuurder van De Praktische GGZ:

Paul Obdam

Plaats:

Zoetermeer

Datum:

2 mei 2022

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

Ja

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

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

Zijn algemene leveringsvoorwaarden;

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