

Goedgekeurd kwaliteitsstatuut ggz - Instelling format 4.0

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

Handelsnaam: HelderGGZ B.V.

Hoofd postadres straat en huisnummer: E 45

Hoofd postadres postcode en plaats: 9471KC ZUIDLAREN

Website: <https://helderggz.nl/>

KvK nummer: 71294554

AGB-code 1: 22221054

2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt

Naam: Zairo Cijntje

E-mailadres: z.cijntje@helderggz.nl

Tweede e-mailadres: info@helderggz.nl

Telefoonnummer: 0507859342

3. Onze locaties vindt u hier

Link: <https://helderggz.nl/#contact>

4. Beschrijving aandachtsgebieden/zorgaanbod:

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

Wij richten ons op mensen met psychiatrische problemen en/of verslavingsproblematiek.

Hierbij betrekken wij familie en omgeving indien nodig/gewenst.

Patiënten zijn welkom in ons praktijk, uitzonderlijk bij hun op locatie, online en outreachend (GGZ aan huis).

Patiënten kunnen ook kiezen voor eHealth.

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

Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn

Angststoornissen

Bipolaire stemmingsstoornissen

Depressieve stemmingsstoornissen

Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen

Neurocognitieve stoornissen

Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen

Persoonlijke stoornissen

Restgroep (Dissociatieve stoornissen; Stoornissen in zindelijkheid; Slaap-waakstoornissen; Seksuele disfuncties; Genderdysforie; disruptieve impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen; Parafiele stoornissen; Overige psychische stoornissen; Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie)

Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen

Somatische symptoomstoornis en verwante stoornissen
Trauma en stress gerelateerde stoornissen

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

Nee

4d. Heeft u nog overige specialismen:

Dubbele diagnose (aanbod specifiek gericht op behandeling van bijvoorbeeld verslaving icm een psychische stoornis of een eetstoornis icm PTSS), nl

Verslaving en PTSS

PTSS en Angst

Overig, namelijk: Verslaving met diagnoses zoals bedoeld in punt 4b
Herstel gerichte therapie en ondersteuning

5. Beschrijving professioneel netwerk:

Huisartsenpraktijk(en)

Collega psychologen en-psychotherapeuten

Verpleegkundig specialisten

ggz-instellingen

Zorggroep(en)

6. Onze instelling biedt zorg aan in:

Er is sprake van een overgangssituatie waarbij we zowel werken met een onderscheid in generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz als een indeling naar settings van het Zorgprestatiemodel. In de toekomst zal het eerste onderscheid komen te vervallen.

:

Setting 3 (ambulant - multidisciplinair):

Verpleegkundig specialist indicerende en coördinerende rol

GZ-Psycholoog indicerende en coördinerende rol

Psychiater indicerende en coördinerende rol

Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) coördinerende rol

Setting 4 (outreaching):

Verpleegkundig specialist indicerende en coördinerende rol

GZ-Psycholoog indicerende en coördinerende rol

Psychiater indicerende en coördinerende rol

Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) coördinerende rol

7. Structurele samenwerkingspartners

HelderGGZ B.V. werkt ten behoeve van de behandeling en begeleiding van cliënten samen met (beschrijf de functie van het samenwerkingsverband en wie daarin participeren (vermeldt hierbij NAW-gegevens en website)):

GGZ Drenthe

Lentis

TGC B.V.

Vurans B.V.

Fiducia Zorg

II. Organisatie van de zorg

8. Lerend netwerk

HelderGGZ B.V. geeft op de volgende manier invulling aan het lerend netwerk van indicerend en coördinerend regiebehandelaren. Indien u een kleine zorgaanbieder bent (2 -50 zorgverleners

(categorie 2)), dient u ook aan te geven met.

TGC BV

Vurans BV

GGZ Drenthe

Lentis GGZ

9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

HelderGGZ B.V. ziet er als volgt op toe dat:

9a. Zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn:

Intervisie

Visitatie

Bij- en nascholing

Registratie-eisen van specifieke behandelvaardigheden

9b. Zorgverleners volgens kwaliteitsstandaarden, zorgstandaarden en richtlijnen handelen:

Helder GGZ werkt vanuit de KMS. Men werkt vanuit goedgekeurd protocol en beleid.

De kwaliteitsmanager draagt zorg voor het tijdig vernieuwen/aanpassen van de protocollen/beleid indien van toepassing.

De kwaliteitsmanager draagt zorg dat iedere medeweker de protocollen en beleid hanteert.

Hiervoor houdt TGC zelf ieder kwartaal een interne audit

9c. Zorgverleners hun deskundigheid op peil houden:

Helder GGZ werkt vanuit de KMS. Men werkt vanuit goedgekeurd protocol en beleid.

De kwaliteitsmanager draagt zorg voor het tijdig vernieuwen/aanpassen van de protocollen/beleid indien van toepassing.

De kwaliteitsmanager draagt zorg dat iedere medeweker de protocollen en beleid hanteert.

Hiervoor houdt TGC zelf ieder kwartaal een interne audit

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 HelderGGZ B.V. is het (multidisciplinair) overleg en de informatieuitwisseling en -overdracht tussen regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren als volgt geregeld:

Samenstelling MDO

Minimaal 1x per week:

Psychiater + regiebehandelaar + behandelaar + (optioneel) coördinerend regiebehandelaar

Minimaal 1x per 2 weken:

Regiebehandelaar + behandelaar

Minimaal 1x per 4 weken

Psychiater + behandelaar

Minimaal 1x per maand

Zorgmanager + Psychiater + Regiebehandelaar + Coördinerend regiebehandelaar + Behandelaar +

Back-office

Alle MDO's met of zonder patiënt zal bijgehouden worden in sessierapportage.

Bij een grote MDO met alle disciplines zal er genotuleerd worden en verslaglegging gedaan worden in

KMS

10c. HelderGGZ B.V. hanteert de volgende procedure voor het op- en afschalen van de zorgverlening naar een volgend respectievelijk voorliggend echelon:

Beleid voor het op- en afschalen van zorgverlening

Doelstelling

Deze procedure beschrijft hoe onze instelling tijdig en zorgvuldig zorg opschaaft naar een volgend echelon of afschaaft naar een voorliggend echelon, zodat cliënten steeds passende zorg ontvangen, afgestemd op hun actuele ondersteuningsbehoefte.

1. Uitgangspunten

De zorgverlening is vraaggericht, doelmatig en zo licht als mogelijk, in lijn met de principes van passende zorg.

Multidisciplinaire samenwerking en structurele evaluaties vormen de basis voor opschaling of afschaling.

De cliënt en/of diens wettelijk vertegenwoordiger is nauw betrokken bij besluitvorming.

De procedure is opgenomen in het KMS en maakt deel uit van de reguliere werkinstructies van zorgprofessionals.

2. Procedure bij opschalen van zorg (naar zwaarder echelon)

Wanneer?

Als blijkt dat de huidige zorg ontoereikend is voor de hulpvraag of dat er sprake is van een verhoogd risico op crisis, verslechtering of onveiligheid.

Stappen:

Signalering door betrokken zorgverlener of team.

Multidisciplinair overleg (MDO): beoordeling van de situatie, inschatting van risico's, en bespreking van alternatieve routes.

Consultatie of verwijzing: bijvoorbeeld naar specialistische GGZ, forensische zorg, WLZ, crisisdienst of

medische specialist.

Afstemming met cliënt: inclusief uitleg over reden, impact en eventuele wachttijden.

Documentatie in cliëntdossier en melding in het KMS bij structurele opschaling.

3. Procedure bij afschalen van zorg (naar lichter echelon)

Wanneer?

Wanneer doelen zijn behaald, de ondersteuningsbehoefte is afgenomen of een voorliggende voorziening voldoende is.

Stappen:

Evaluatie: periodieke zorgplanbespreking met betrokken disciplines.

Beoordeling van de mate van zelfredzaamheid, draagkracht netwerk, en noodzaak van professionele zorg.

Voorstel tot afschaling: bijvoorbeeld van specialistische GGZ naar basis GGZ, of van WMO naar mantelzorg en welzijn.

Afstemming met cliënt en ketenpartners, inclusief overdracht.

Formele afsluiting of doorverwijzing, en documentatie in het cliëntdossier en het KMS.

4. Borging en kwaliteit

Verantwoordelijkheid

De kwaliteitsmanager is verantwoordelijk voor de implementatie, evaluatie en actualisatie van deze procedure in het Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS).

De procedure is beschikbaar voor alle medewerkers via het KMS > Zorgprocessen >

Opschalen/Afschalen.

Monitoring

Jaarlijks worden signalen en trends rondom (on)juiste opschaling geëvalueerd.

Eventuele knelpunten worden besproken in teamoverleggen of via het kwaliteitsverslag.

Incidenten rondom onterechte opschaling/afschaling worden geregistreerd als leermoment.

Opleiding en bewustwording

De procedure maakt onderdeel uit van het inwerkprogramma en permanente scholing van zorgprofessionals.

Nieuwe medewerkers worden getraind in het herkennen van opschalings- en afschalingscriteria.

10d. Binnen HelderGGZ B.V. geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de volgende escalatieprocedure:

Escalatieprocedure bij verschil van inzicht in het zorgproces

Doel

Het borgen van een transparante en werkbare procedure voor het omgaan met verschillen van inzicht tussen zorgverleners binnen een multidisciplinair zorgproces, met als doel het waarborgen van goede samenwerking en kwalitatieve, cliëntgerichte zorg.

1. Uitgangspunten

Cliëntbelang staat voorop: Verschillen van inzicht worden altijd benaderd vanuit het belang van de cliënt.

Professionele verantwoordelijkheid: Ieder teamlid handelt conform zijn/haar professionele standaard en deelt signalen of zorgen open.

Vastgelegde structuur: De procedure is vastgelegd en vindbaar in het KMS onder "Samenwerking & Escalatiestructuur".

2. Stappen in de escalatieprocedure

Stap 1– Onderling overleg

Bij verschil van inzicht over diagnostiek, behandeling of begeleiding:

Betrokken zorgverleners gaan eerst onderling het gesprek aan.

Het gesprek wordt bij voorkeur gevoerd in aanwezigheid van de cliënt of diens vertegenwoordiger, indien relevant.

Indien nodig wordt een derde collega gevraagd om als gespreksleider op te treden.

Stap 2– Intercollegiaal overleg / MDO

Indien men er onderling niet uitkomt, wordt het verschil besproken tijdens een multidisciplinair overleg (MDO).

De uitkomst wordt vastgelegd in het cliëntdossier.

Stap 3– Inschakelen teamleider of coördinator

De teamleider of coördinator wordt gevraagd te bemiddelen of een besluit te nemen.

Daarbij worden professioneel handelen, juridische kaders en zorginhoudelijke belangen gewogen.

Stap 4– Escalatie naar zorgmanager / directie

Bij aanhoudend verschil of impact op de continuïteit/veiligheid van zorg, wordt opgeschaald naar de zorgmanager of directie.

De situatie wordt geëvalueerd en vastgelegd in een intern advies- of besluitdocument.

3. Borging en evaluatie

Registratie

Elke geëscaleerde casus wordt vastgelegd in het KMS onder het tabblad Incidenten en Leren.

De leerpunten worden (geanonimiseerd) besproken in teamoverleggen en evaluatiemomenten.

Verantwoordelijkheid

De kwaliteitsmanager is verantwoordelijk voor de bewaking en actualisatie van de procedure in het Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS).

Jaarlijks wordt via de interne audit en het jaarverslag geëvalueerd hoe de procedure is toegepast en welke verbeteracties nodig zijn.

Toegankelijkheid

De procedure is terug te vinden in het KMS onder het kopje: Beleid → Escalatie & Samenwerking Zorgverleners.

Nieuwe medewerkers worden tijdens hun inwerkperiode geïnformeerd over deze werkwijze.

11. Dossiervoering en omgang met cliëntgegevens

11a. Ik vraag om toestemming van de 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 cliënt zijn diagnose niet kenbaar wil maken aan zijn zorgverzekeraar/ NZA:

Ja

12. Klachten en geschillenregeling

12a. Cliënten kunnen de klachtenregeling hier vinden:

Link naar klachtenregeling: <https://helderggz.nl/klachtenprocedure/>

12b. Cliënten kunnen met geschillen over een behandeling en begeleiding terecht bij

Naam geschilleninstantie waarbij instelling is aangesloten: Quasir

Contactgegevens: bemiddeling@quasir.nl

De geschillenregeling is hier te vinden:

Link naar geschillenregeling: <https://helderggz.nl/klachtenprocedure/>

III. Het zorgproces - het traject dat de cliënt in deze instelling doorloopt

13. Wachtijd voor intake/probleemanalyse en behandeling en begeleiding

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: <https://helderggz.nl/>

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 cliënt):

Bij Helder GGZ kan je op meerdere manier aanmelden;

1: via de website

2: doorverwijzing huisarts

3: doorverwijzing externe praktijk(en)/instellingen en zorgaanbieders

4: Zorgdomein

Alle aanmeldingen worden afgehandeld door administratieve medewerkster(s) en in het EPD systeem gezet waarnaar vervolgens de volgende stappen worden ondernomen;

Screening (Wel of geen intake) (telefonisch

Intake (regiebehandelaar, psychiater of intaker)

MDO(intaker overlegt met RB en Psychiater)

Adviesgesprek

Behandelplan

Pt krijg bij aanmelding een bevestiging per e-mail

Pt wordt gebeld voor screeningsafspraak

Na MDOKrijgt huisarts brief voor wel/geen behandeling binnen TGC met advies

Bij eerste afspraak doorloopt de behandelaar nogmaals de BHP en stuurt deze op naar pt (via portaal) en naar huisarts.

14b. Binnen HelderGGZ B.V. wordt de 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 cliënt:

Ja

15. Indicatiestelling

Beschrijf hoe de intake/probleemanalyse en indicatiestelling binnen HelderGGZ B.V. is geregeld (hoe komt de aanmelding binnen, hoe komt de afspraak met de cliënt voor de intake tot stand, wie is in de intakefase de regiebehandelaar en hoe komt die beslissing tot stand (afstemming met cliënt), waaruit bestaan de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar bij het stellen van de diagnose): De aanmelding wordt door de back office in het EPD systeem gezet.

De regiebehandelaar wordt gekozen op basis van afkomst, taal en problematiek van patiënt dat beschreven staat in zijn/haar verwijzing. De regiebehandelaar en behandelaar kan op ieder moment veranderd worden in overleg met patiënt of op aanvraag van patiënt.

De screening wordt gedaan door een regiebehandelaar of een psychiater

Indien de patiënt bij Helder GGZ past zal er een intake ingepland worden bij de intaker of de regiebehandelaar.

In overleg met patient zal de vervolgsafspraken gemaakt worden.

Verantwoordelijkheid van de indicierend regiebehandelaar

De indicierend regiebehandelaar heeft binnen het proces van op- en afschalen een centrale en coördinerende rol. Deze verantwoordelijkheid omvat de volgende kerntaken:

A. Signalering en beoordeling

Bewaakt continu of de ingezette zorg nog passend is ten opzichte van de actuele hulpvraag en zorgzwaarte.

Signaleert tijdig de noodzaak tot wijziging in de zorgintensiteit, zowel richting opschaling als afschaling.

B. Coördinatie multidisciplinaire afstemming

Initieert en leidt het multidisciplinair overleg (MDO) waarin opschaling of afschaling besproken wordt.

Betrekt relevante zorgverleners, ketenpartners en– indien passend– de cliënt en diens vertegenwoordiger.

C. Indiciestelling en besluitvorming

Stelt de formele indicatie vast (voor o.a. GGZ, Wmo, WLZ) en onderbouwt de reden van op- of afschaling.

Draagt zorg voor zorgvuldige dossiervorming en heldere rapportage in het cliëntstelsel.

D. Verantwoording en overdracht

Verantwoordt de keuze voor op- of afschaling richting verwijzers, zorgverzekeraars of gemeenten.

Zorgt bij afschaling voor een warme overdracht naar voorliggende voorzieningen, huisarts of ketenpartners.

E. Borging in het KMS

Zorgt dat wijzigingen in het zorgniveau worden gemeld aan de kwaliteitsmanager voor borging in het KMS(bij structurele casuïstiek).

Levert input voor verbetering van protocollen en draagt bij aan teamreflectie op zorgzwaarte inschatting.

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):

Opstellen van het behandelplan

1. Doelstelling van het behandelplan

Het behandelplan vormt de leidraad voor de inhoud, doelen en werkwijze van de zorg- of behandeltrajecten. Het is een gezamenlijk opgesteld document, waarin de wensen, doelen en mogelijkheden van de cliënt centraal staan, in samenhang met professionele inzichten.

2. Fasen in het opstellen van het behandelplan

A. Intake- en diagnostiekfase

De indicierend regiebehandelaar voert (eventueel samen met collega's) de intakegesprekken.

Er wordt diagnostisch onderzoek gedaan en de hulpvraag van de cliënt wordt zorgvuldig in kaart gebracht.

Samen met de cliënt worden wensen, doelen en verwachtingen besproken.

B. Opstellen concept-behandelplan

Opbasis van intakegegevens, diagnostiek en het initiële gesprek met de cliënt stelt de regiebehandelaar een concept-behandelplan op.

De behandelinhoud wordt afgestemd op de aard van de problematiek, behandelvorm (bijv. CGT, EMDR, systeemtherapie, etc.) en betrokken disciplines.

C. Multidisciplinaire afstemming

Het concept wordt besproken in het multidisciplinair team (MDT), dat bestaat uit de regiebehandelaar, medebehandelaren en indien van toepassing een arts, psycholoog, maatschappelijk werker of andere disciplines.

Het MDT beoordeelt de doelstellingen, haalbaarheid, risico's en benodigde inzet.

D. Bespreking met cliënt

Het behandelplan wordt in begrijpelijke taal besproken met de cliënt (en waar van toepassing met de

wettelijk vertegenwoordiger of mantelzorger).

De cliënt krijgt ruimte om vragen te stellen, aanvullingen te doen of bezwaar te maken.

De cliënt geeft schriftelijk of mondeling akkoord, wat wordt vastgelegd in het dossier.

E. Vaststelling behandelplan

Het behandelplan wordt formeel vastgesteld door de regiebehandelaar.

De start van de behandeling wordt afgestemd met alle betrokken behandelaren.

3. Inhoud van het behandelplan

Een behandelplan bevat minimaal:

Hulpvraag en doelen van de cliënt

Diagnostische overwegingen en zorgindicatie

Behandelstrategie,-vorm en -frequentie

Betrokken behandelaars en hun rol

Evaluatie-afspraken (tussentijds en eindevaluatie)

Afspraken over samenwerking met ketenpartners of informele zorg

Informed consent/toestemmingen

4. Evaluatie en bijstelling

Evaluatie vindt plaats conform de afgesproken frequentie (bijv. iedere 6 of 12 sessies, of eerder indien nodig).

Bij gewijzigde omstandigheden wordt het behandelplan in overleg met cliënt en MDT aangepast.

Evaluatie- en voortgangsrapportages worden opgenomen in het dossier en teruggekoppeld aan de verwijzer indien van toepassing.

5. Borging en kwaliteit

Het behandelplan wordt digitaal vastgelegd in het cliëntensysteem en is toegankelijk voor alle betrokken professionals.

De kwaliteitsmanager ziet toe op naleving van de behandelplanprocedures via interne audits, dossiervisie en opname in het Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS)

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

Coördinerend regiebehandelaar als centraal aanspreekpunt

1. Doel en uitgangspunt

De coördinerend regiebehandelaar is gedurende het gehele zorgtraject het centrale aanspreekpunt voor de cliënt en fungeert als eindverantwoordelijke voor de integraliteit, afstemming en coördinatie

van de zorg. Deze rol wordt ingevuld conform de eisen uit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), het Kwaliteitsstatuut GGZ en interne protocollen.

2. Taken en verantwoordelijkheden van de coördinerend regiebehandelaar

A. Coördinatie en regie

Voert regie over het totale behandelproces.

Zorgt voor inhoudelijke samenhang tussen de ingezette behandelinterventies.

Bewaakt dat de behandeling aansluit bij de hulpvraag, diagnose en zorgbehoefte van de cliënt.

B. Centrale contactpersoon voor de cliënt

Is voor de cliënt (en diens vertegenwoordiger) het eerste aanspreekpunt voor vragen over de behandeling, voortgang, keuzes of zorgen.

Begeleidt het informed consent-proces en bespreekt behandelvoorstellen.

C. Behandelplan en evaluatie

Stelt het behandelplan op en stemt dit af met de cliënt en medebehandelaars.

Initieert en leidt evaluatiegesprekken en stelt het plan bij indien nodig.

Draagt zorg voor passende en tijdige verslaglegging in het dossier.

D. Samenwerking met medebehandelaars

Verdeelt taken in overleg met medebehandelaars.

Bewaakt dat medebehandelaars binnen hun deskundigheid handelen en dat de zorg coherent wordt aangeboden.

Blijft eindverantwoordelijk voor het behandeltraject.

E. Afstemming met externe partijen

Onderhoudt zo nodig contact met huisartsen, verwijzers of ketenpartners.

Draagt zorg voor overdracht en verslaglegging richting andere zorgverleners of echelons (bij op /afschaling).

3. Rol en taken van medebehandelaars

Medebehandelaars:

Voeren afgesproken behandelonderdelen uit op basis van hun specifieke deskundigheid.

Leggen hun bevindingen en voortgang vast in het cliëntdossier.

Signaleren bijzonderheden, stagnatie of wijzigingen in de zorgvraag en brengen dit tijdig onder de aandacht van de regiebehandelaar.

Nemendeel aan multidisciplinair overleg onder leiding van de regiebehandelaar.

4. Waarborging

De verantwoordelijkheden van de coördinerend regiebehandelaar worden beschreven in het kwaliteitsstatuut GGZ en zijn geborgd in het interne Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS).

De juiste toewijzing van de regiebehandelaar wordt systematisch geregistreerd in het cliëntdossier.

De kwaliteitsmanager controleert op juiste uitvoering via dossiervisie en teamoverleg

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

Monitoring van voortgang behandeling en begeleiding

1. Doel van voortgangsmonitoring

Het structureel monitoren van de voortgang waarborgt dat de behandeling doeltreffend, doelgericht en cliëntgericht blijft. Hierbij staan de hulpvraag, behandeldoelen en de tevredenheid en ontwikkeling van de cliënt centraal.

2. Evaluatiemomenten

A. Tussentijdse evaluatie

Iedere 10e behandelcontact wordt een gestructureerde evaluatie uitgevoerd.

Deze evaluatie vindt plaats met de cliënt en wordt geleid door de coördinerend regiebehandelaar.

Er wordt teruggeblikt op de vooraf gestelde doelen, de ervaren effectiviteit van de behandeling, en eventuele belemmerende of bevorderende factoren.

Indien nodig worden doelen en behandelmethoden bijgesteld.

B. Evaluatie bij stagnatie of verandering

Bij signalen van onvoldoende voortgang, stagnatie of gewijzigde omstandigheden (bijvoorbeeld verslechtering of nieuwe problematiek), vindt tussentijdse evaluatie plaats op initiatief van de regiebehandelaar of behandelaar.

De evaluatie kan leiden tot herziening van het behandelplan of verwijzing naar een ander echelon.

C. Eindevaluatie

Aan het einde van het behandeltraject vindt een eindevaluatie plaats, waarbij wordt beoordeeld of de behandeldoelen zijn behaald en of afronding of overdracht passend is.

Indien nodig wordt een terugvalpreventieplan opgesteld.

3. Monitoringinstrumenten

A. Vragenlijsten en ROM

Voor relevante doelgroepen wordt gebruikgemaakt van Routine Outcome Monitoring (ROM).

Voor, tijdens en na de behandeling worden gestandaardiseerde meetinstrumenten gebruikt (zoals de

GAF, SDQ, SCL-90 of OQ-45).

ROM-gegevens worden ingezet ter ondersteuning van de evaluatie én voor interne kwaliteitsverbetering.

B. Dossieranalyse en behandelplan-updates

In het elektronisch cliëntdossier worden voortgangsnotities, evaluaties en ROM-uitslagen opgenomen.

De regiebehandelaar bewaakt dat het behandelplan tijdig wordt aangepast bij nieuwe inzichten of doelstellingen.

4. Multidisciplinaire bespreking

Evaluaties en stagnaties worden indien nodig besproken in het multidisciplinair overleg (MDO).

Besluiten over behandelbijstelling worden gezamenlijk genomen en vastgelegd.

5. Borging in het kwaliteitsbeleid

De voortgangsevaluatieprocedure is opgenomen in het Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS).

De kwaliteitsmanager controleert jaarlijks via dossierscreening en teamoverleg op correcte toepassing van deze evaluatiecyclus.

16d. Binnen TGC B.V. reflecteert de regiebehandelaar samen met de cliënt en eventueel zijn naasten de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling en begeleiding als volgt (toelichting op wijze van evaluatie en frequentie):

Evaluatie van voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling

1. Doel van de evaluatie

De evaluatie is gericht op het:

Bewaken van de voortgang van de behandeling ten opzichte van de gestelde doelen.

Beoordelen van de doelmatigheid (passendheid en efficiëntie) van de ingezette interventies.

Reflecteren op de ervaren effectiviteit vanuit zowel professioneel als cliëntperspectief.

Versterken van gezamenlijke besluitvorming en betrokkenheid van de cliënt (en diens systeem).

2. Frequentie van evaluaties

Reguliere evaluatie vindt plaats iedere 10 behandelcontacten.

Daarnaast wordt geëvalueerd bij stagnatie, bij signalen van ontevredenheid, bij belangrijke veranderingen in de situatie of bij de afronding van de behandeling.

Indien wenselijk en passend wordt ook een familielid of naastbetrokkene betrokken bij de evaluatie.

3. Evaluatieproces

A. Voorbereiding

De coördinerend regiebehandelaar bereidt samen met de uitvoerend behandelaar en cliënt de evaluatie voor.

Vragenlijsten, ROM-uitkomsten en observaties uit het dossier worden verzameld als onderbouwing.

B. Gesprek en reflectie

Tijdens het evaluatiegesprek bespreekt de regiebehandelaar met de cliënt:

Welke doelen zijn behaald en welke niet?

Hoe wordt de samenwerking en communicatie ervaren?

Wat werkt goed en wat kan beter?

Zijn er andere of aanvullende behoeften?

Indien van toepassing worden naasten betrokken in het gesprek met instemming van de cliënt.

C. Aanpassing behandelplan

Opbasis van de evaluatie kunnen doelen of behandelstrategieën worden bijgesteld.

De coördinerend regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het actualiseren van het behandelplan.

De evaluatie en eventuele wijzigingen worden vastgelegd in het cliëntdossier.

4. Borging in de organisatie

Deze evaluatiecyclus is opgenomen in het interne kwaliteitshandboek en wordt bewaakt door de kwaliteitsmanager.

In teamoverleggen en dossiervisie wordt gecontroleerd of evaluaties tijdig en volledig zijn uitgevoerd.

ROM-resultaten worden geanalyseerd voor interne kwaliteitsverbetering

16d. Binnen HelderGGZ B.V. reflecteert de regiebehandelaar samen met de cliënt en eventueel zijn naasten de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling en begeleiding als volgt(toelichting op wijze van evaluatie en frequentie):

Meten van cliënttevredenheid

1. Doel van tevredenheidsmeting

Het meten van cliënttevredenheid is een essentieel onderdeel van kwaliteitszorg. Het biedt inzicht in hoe cliënten de geboden zorg ervaren en vormt input voor verbeteringen in de dienstverlening, communicatie en samenwerking.

2. Meetmomenten

De tevredenheid van cliënten wordt binnen onze instelling op vaste momenten in het zorgtraject gemeten:

Bij de start van de behandeling

Cliënten vullen bij aanvang een korte intake-evaluatie in om hun verwachtingen en eerdere ervaringen met zorg te toetsen. Dit helpt om passende zorg te bieden vanaf het begin.

Tijdens elke evaluatie (bijvoorbeeld iedere 10e sessie)

De tevredenheid komt aan bod tijdens de reguliere evaluatiegesprekken met de coördinerend regiebehandelaar. Dit wordt ondersteund met een korte vragenlijst of reflectievragen.

Bij afronding van de behandeling

Cliënten ontvangen een afsluitend tevredenheidsformulier (digitaal of op papier) waarmee hun totale ervaring wordt geëvalueerd.

3. Werkwijze en instrumenten

Er wordt gebruikgemaakt van gestandaardiseerde tevredenheidsformulieren, waaronder:

Algemene tevredenheid over behandeling

Bejegening door behandelaars

Ervaren betrokkenheid bij het behandelproces

Bereikbaarheid en organisatie van de zorg

De formulieren zijn beschikbaar in meerdere talen: Nederlands, Engels, Turks, Arabisch en Farsi.

De formulieren kunnen digitaal of schriftelijk worden ingevuld, afhankelijk van de voorkeur van de cliënt.

4. Gebruik van de resultaten

De ingevulde formulieren worden verwerkt en geanalyseerd door de kwaliteitsmedewerker.

De resultaten worden jaarlijks gerapporteerd aan het managementteam en besproken in teamoverleggen.

Structurele feedback leidt tot bijsturing van beleid of communicatie richting cliënten.

Ernstige signalen of klachten worden direct opgevolgd via de klachtenprocedure.

5. Borging in het Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS)

De gehele werkwijze rondom cliënttevredenheid is vastgelegd in het KMS.

De kwaliteitsmanager is verantwoordelijk voor de jaarlijkse toetsing en verbetering van dit proces

16e. De tevredenheid van cliënten wordt binnen HelderGGZ B.V. op de volgende manier gemeten (wanneer, hoe):

Meten van cliënttevredenheid

1. Doel van tevredenheidsmeting

Het meten van cliënttevredenheid is een essentieel onderdeel van kwaliteitszorg. Het biedt inzicht in hoe cliënten de geboden zorg ervaren en vormt input voor verbeteringen in de dienstverlening, communicatie en samenwerking.

2. Meetmomenten

De tevredenheid van cliënten wordt binnen onze instelling op vaste momenten in het zorgtraject

gemeten:

Bij de start van de behandeling

Cliënten vullen bij aanvang een korte intake-evaluatie in om hun verwachtingen en eerdere ervaringen met zorg te toetsen. Dit helpt om passende zorg te bieden vanaf het begin.

Tijdens elke evaluatie (bijvoorbeeld iedere 10e sessie)

De tevredenheid komt aan bod tijdens de reguliere evaluatiegesprekken met de coördinerend regiebehandelaar. Dit wordt ondersteund met een korte vragenlijst of reflectievragen.

Bij afronding van de behandeling

Cliënten ontvangen een afsluitend tevredenheidsformulier (digitaal of op papier) waarmee hun totale ervaring wordt geëvalueerd.

3. Werkwijze en instrumenten

Er wordt gebruikgemaakt van gestandaardiseerde tevredenheidsformulieren, waaronder:

Algemene tevredenheid over behandeling

Bejegening door behandelaars

Ervaren betrokkenheid bij het behandelproces

Bereikbaarheid en organisatie van de zorg

De formulieren zijn beschikbaar in meerdere talen: Nederlands, Engels, Turks, Arabisch en Farsi.

De formulieren kunnen digitaal of schriftelijk worden ingevuld, afhankelijk van de voorkeur van de cliënt.

4. Gebruik van de resultaten

De ingevulde formulieren worden verwerkt en geanalyseerd door de kwaliteitsmedewerker.

De resultaten worden jaarlijks gerapporteerd aan het managementteam en besproken in teamoverleggen.

Structurele feedback leidt tot bijsturing van beleid of communicatie richting cliënten.

Ernstige signalen of klachten worden direct opgevolgd via de klachtenprocedure.

5. Borging in het Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS)

De gehele werkwijze rondom cliënttevredenheid is vastgelegd in het KMS.

De kwaliteitsmanager is verantwoordelijk voor de jaarlijkse toetsing en verbetering van dit proces

17. Afsluiting/nazorg

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

Bespreken van behandelresultaten en vervolgstappen met patiënt/cliënt en verwijzer

1. Doel

Het informeren van de cliënt en diens verwijzer over de resultaten van de behandeling of begeleiding

en over eventueel benodigde vervolgstappen is essentieel voor continuïteit van zorg en gezamenlijke

besluitvorming.

2. Evaluatie en bespreking met de patiënt/cliënt

Frequentie: Resultaten worden besproken tijdens de reguliere evaluatiemomenten (zoals iedere 10 behandelingen) en bij afronding van het traject.

Inhoud gesprek:

Bereikte doelen en effectiviteit van de behandeling

Ervaren veranderingen door de cliënt

Mogelijke vervolgstappen, waaronder doorverwijzing of nazorg

De wensenbereidheid van de cliënt om een volgend traject aan te gaan

De cliënt wordt actief betrokken bij het kiezen van vervolgstappen en het formuleren van vervolgoelen.

3. Informeren van de verwijzer of andere relevante zorgverleners

De verwijzer ontvangt een schriftelijk evaluatieverslag of afrondingsverslag, tenzij de cliënt hier

bezwaar tegen maakt.

Dit verslag bevat:

Korte samenvatting van het behandeltraject

Bereikte resultaten

Advies over eventueel vervolgetraject of doorverwijzing

Contactgegevens voor overleg indien gewenst

Indien nodig wordt ook de vervolghandelaar geïnformeerd over het voorgaande traject om zorgcontinuïteit te waarborgen.

4. Bezwaarplicht cliënt

De cliënt wordt expliciet geïnformeerd over het voornemen om de verwijzer of andere derden te informeren.

Indien de cliënt bezwaar maakt, wordt dit:

Gerespecteerd, mits er geen sprake is van een wettelijke meldplicht (zoals bij gevaar of wetgeving in het kader van de Wvvgz of Wzd).

Schriftelijk vastgelegd in het dossier.

Indien nodig besproken in het behandelteam en juridisch getoetst.

5. Borging in de organisatie

De communicatie met verwijzers is opgenomen in het behandelprotocol en wordt gemonitord door de regiebehandelaar.

Het proces is geborgd binnen het kwaliteitsmanagementsysteem (KMS).

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor inhoud, tijdige verzending en naleving van de privacywetgeving (AVG)

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

Patiënten/cliënten kunnen binnen 3 maanden na sluiting dossier zonder nieuwe verwijsbrief terecht bij TGC. Het dossier kan dan heropent en vervolgt worden indien nodig.

In geval van crisis verwijst Helder GGZ naar crisis/fact van de gemeente waar patiënten/cliënten woont/verblijft.

IV. Ondertekening

Naam bestuurder van HelderGGZ B.V.:

Cijntje, Zairo

Plaats:

Zuidlaren

Datum:

16-03-2026

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.