



Praktijk voor Psychiatrie en Psychotherapie b.v.

Vosbergerweg 1, 8181 JG Heerde

Kwaliteitsstatuut GGZ

Van:

Praktijk voor Psychiatrie en Psychotherapie Hagedoorn B.V.
Praktijk voor Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ) en Gespecialiseerde GGZ (G-GGZ) voor jongeren, volwassenen en ouderen.

Vosbergerweg 1,
8181 JG HEERDE

Telefoonnummer: 0578-760040

WWW.praktijk-hagedoorn.nl

KVK nummer: 51880474

AGB code: 22-220470

Opgesteld door:

Wolter Hagedoorn, bestuurder, psychiater.

e-mail : w.hagedoorn@praktijk-hagedoorn.nl

0578-760040.

Kwaliteitsstatuut 2017

1. Inleiding:

Dit is het kwaliteitsstatuut van de Praktijk voor Psychiatrie en Psychotherapie. In dit statuut staat aangegeven wat de praktijk geregeld heeft op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg in het kader van de zorgverzekeringswet te kunnen verlenen.

2. Doel:

Het kwaliteitsstatuut beschrijft de wijze waarop de Praktijk voor Psychiatrie en Psychotherapie in de GGZ de integrale zorg voor de individuele patiënt / cliënt heeft georganiseerd. In het bijzonder de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken (andere) zorgverleners en hun onderlinge verhoudingen zodanig dat de autonomie en regie van de patiënt / cliënt zo veel mogelijk wordt gestimuleerd en de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening inzichtelijk en toetsbaar zijn.

De praktijk wil met dit statuut voor patiënten / cliënten, diens familie en naast betrokkenen inzichtelijk maken hoe de kwaliteitsaspecten vorm en inhoud krijgen. Hierdoor kan de patiënt / cliënt een weloverwogen keuze maken om wel of niet voor een behandeling binnen deze praktijk te kiezen en te participeren in de besluitvorming met betrekking tot hun individuele behandelproces.

Daarnaast dient het statuut als kader voor werkafspraken binnen de praktijk en het professioneel netwerk.

Tenslotte stelt dit statuut ook financiers, toetsende en toezichthoudende instanties in de gelegenheid om zich een oordeel te vormen over de kwaliteit van de zorg zoals die door de praktijk geboden wordt.

De praktijk heeft een aanbod in Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ. Wij bieden ambulante zorg voor angst- en stemmingsstoornissen, ontwikkelingsstoornis (ADHD en autisme), eetstoornissen, somatoforme stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Binnen de Generalistische Basis GGZ is de GZ-psycholoog regiebehandelaar; binnen de Gespecialiseerde GGZ is de psychiater de regiebehandelaar. Wij bieden farmacotherapie (FT), cognitieve gedragstherapie (CGT), psychotherapie (PT) en psychomotorische therapie (PMT)

3. Algemene uitgangspunten:

3.1 Patiënt / cliënt centraal.

De praktijk heeft de zorg zodanig ingericht dat de patiënt / cliënt in staat wordt gesteld zelf maximale regie te voeren over de behandeling.

Gezamenlijke besluitvorming door de patiënt / cliënt en professional over de behandeling en de wijze waarop samenwerking met en ondersteuning van familie en / of naasten wordt ingevuld, is hiervoor een essentiële voorwaarde.

3.2 Afstemming en samenwerking vragen om goede afspraken.

Zorgverleners functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein. Dit gegeven brengt met zich mee dat – als er meerdere professionals betrokken zijn bij de behandeling – er een duidelijke rolverdeling tussen alle bij de behandeling betrokkenen is vereist. Niet alleen als zij werkzaam zijn binnen een en dezelfde organisatie, maar ook bij afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders. In het laatste geval is er sprake van meerdere behandelovereenkomsten met de patiënt / cliënt op hetzelfde moment of opeenvolgend op elkaar. In alle gevallen zijn afspraken vereist tussen zorgverleners over het vormgeven van de afstemming en samenwerking over op- en afschalen en een goede overdracht.

3.3 Relatie tot wet- en regelgeving.

Zorgverlening moet te allen tijde voldoen aan de professionele standaard. Zorgverleners hebben ruimte om de organisatie en inhoud van de zorg daarbinnen naar eigen inzicht in te richten. Deze ruimte wordt evenwel begrensd door wettelijk geregelde verantwoordelijkheden en bevoegdheden, die te allen tijde in acht dienen te worden genomen (zoals Wkkg, de wet BIG, de WGBO, de zorgverzekeringswet, de Wet Bopz / Wvvgg, de jeugdwet, WLZ en Wmo waar van toepassing)

3.4 Toets op uitvoerbaarheid.

Zoals gezegd vraagt zorgverlening door zijn complexiteit om afspraken en regelgeving. In die zin zal het kwaliteitsstatuut een administratieve last betekenen. Deze administratieve last moet altijd in verhouding staan tot het doel waartoe zij dient. Bij het opstellen, bijstellen, evalueren van het kwaliteitsstatuut zullen de voorschriften altijd getoetst worden op proportionaliteit en uitvoerbaarheid.

4. Aanbod van zorg aan de patiënt / cliënt:

Het kwaliteitsstatuut fungeert als een gids voor de patiënt / cliënt om een weloverwogen keuze te maken voor de praktijk en te participeren in de besluitvorming met betrekking tot het individueel behandelproces. Wij bieden alleen ambulante zorg aan jongeren, volwassenen en ouderen. Binnen de Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ) is de GZ-psycholoog de regiebehandelaar en binnen de Gespecialiseerde GGZ (G-GGZ) is de psychiater als regiebehandelaar fungeren.

De patiënt / cliënt gaat bij elk proces door vijf fases:

- 1) Voortraject bij verwijzer.
- 2) Aanmelding / intake.
- 3) Diagnostiek.
- 4) Behandeling
- 5) Afsluiting en nazorg.

Hieronder worden deze vijf fases nader toegelicht zoals deze binnen de praktijk gangbaar zijn:

Fase 1: voortraject bij verwijzer.

In overleg met de verwijzer wordt de patiënt / cliënt door middel van een verwijsbrief bij de praktijk aangemeld. De aanmelding kan via FAX binnen komen, per post verzonden worden of door de cliënt aangeboden. De verwijzer heeft (mede met behulp van een screeningsinstrument) samen met de patiënt / cliënt besloten of er naar de Generalistische Basis GGZ of de Specialistische GGZ wordt verwezen. Het is de verantwoordelijkheid van de verwijzer dat de patiënt / cliënt een verwijzing heeft die voldoet aan de daarvoor opgestelde normen. Na de acceptatie van de aanmelding wordt de patiënt / cliënt uitgenodigd voor een intake gesprek. (of eventueel op de wachtlijst daarvoor geplaatst). De cliënt wordt telefonisch op de hoogte gebracht van de verwijzing en eventuele wachttijd.

Het intakegesprek vindt altijd plaats met de regie behandelaar waarbij rekening wordt gehouden met eventuele voorkeuren van de patiënt / cliënt. De deskundigheid van de regiebehandelaar is gewaarborgd in professionele kwaliteitsstandaarden. (Zoals BIG registratie / intervisie deelname, etc) Binnen het professioneel statuut van de praktijk is geregeld wanneer andere professionals ingeschakeld moeten worden. Hierover zijn onderlinge afspraken gemaakt; bijvoorbeeld; er wordt altijd een psychiater ingeschakeld wanneer er sprake is van suïcidaliteit.

Fase 2: Aanmelding / intake.

De regiebehandelaar beoordeelt de aanmelding en verwijzing om te kijken of de praktijk de patiënt / cliënt een passend behandelaanbod zou kunnen bieden. Op de website wordt vermeld welke stoornissen wij behandelen en welke behandelaanbod de praktijk heeft. Wanneer de praktijk geen passende behandelaanbod kan doen wordt de patiënt / cliënt, vaak met advies terugverwezen naar de verwijzer. De patiënt / cliënt wordt telefonisch uitgenodigd voor een intake gesprek; deze afspraak wordt schriftelijk of per e-mail bevestigd. De regiebehandelaar die de intake doet is verantwoordelijk voor de patiënt / cliënt en is het aanspreekpunt in de fase tussen intake en behandeling. De patiënt / cliënt wordt hierover geïnformeerd. Ook wanneer de toestand van de patiënt / cliënt verergert kan deze zich wenden tot zijn regie behandelaar.

Fase 3: Diagnostiek.

De regiebehandelaar stelt de diagnose; eventueel na aanvullend onderzoek wat door een medebehandelaar gedaan kan worden. De regiebehandelaar heeft de patiënt / cliënt altijd zelf onderzocht. De patiënt / cliënt heeft ten allen tijde de mogelijkheid een andere zorgverlener te consulteren als hij dit wenst of als er een wettelijke basis voor is. De patiënt / cliënt wordt op begrijpelijke wijze geïnformeerd over de diagnose en de betekenis van de diagnose voor de patiënt / cliënt. Er wordt een heldere omschrijving gegeven van de verschillende behandelopties, de doelen, de kansen op herstel, risico's en neveneffecten. De regiebehandelaar blijft het aanspreekpunt in de fase tussen diagnostiek en start behandeling. Afhankelijk van de wensen en de mogelijkheden van de patiënt / cliënt, evenals de aard van de stoornis en eerdere ervaringen kan de regiebehandelaar ook de behandeling uitvoeren of in overleg kan de behandeling (gedeeltelijk) worden overgedragen.

De huisarts wordt geïnformeerd over de uitkomsten van de intake, het onderzoek en het behandeladvies. In de brief naar de huisarts worden de volgende aspecten vermeld:

- Reden van aanmelding.
- Onderzoeksbevindingen
- Diagnose en classificatie
- Advies ten aanzien van behandeling.

Fase 4: Behandeling

Na multidisciplinair overleg waarin de intake, onderzoek, diagnostiek en behandeladvies besproken worden, wordt in overeenstemming met de professionele zorgstandaarden samen door regiebehandelaar en patiënt / cliënt en eventueel zijn naasten samen een behandelplan opgesteld.

Dit behandelplan bevat in ieder geval:

- De diagnose.
- De behandeldoelen.
 - o Ten aanzien van klachten
 - o Ten aanzien van persoonlijk functioneren in de verschillende levensgebieden.
- Het zorgprogramma waarin opgenomen:
 - o De methode van de behandeling
 - o Frequentie
 - o Duur van de behandeling
 - o Aantal sessies
 - o Duur van de sessies
- In het behandelplan staat de rol van regiebehandelaar als eerste aanspreekpunt beschreven en staat vermeld welke medebehandelaar eventueel een deel van de behandeling op zich neemt.
- Wanneer er meerdere behandelingen zijn, wordt voor elke behandeling apart een behandelplan / addendum opgesteld. Dit onder eindverantwoordelijkheid van de regiebehandelaar.
- In het behandelplan staan algemene voorwaarden ten aanzien van kosten.
- In het behandelplan staan algemene voorwaarden ten aanzien van bereikbaarheid en waarneming.
- In het behandelplan staan algemene voorwaarden ten aanzien van crisissituaties.
- Het behandelplan wordt op vooraf vastgestelde tijden geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Het gaat om doelmatigheid en effectiviteit met als criterium gepaste zorg. Deze evaluatie geeft de mogelijkheid om de zorg op of af te schalen. Wanneer er onvoldoende toegevoegde waarde is van de behandeling kan deze worden bijgesteld, overgedragen of beëindigd.
- De patiënt / cliënt tekent het behandelplan voor akkoord.
- De patiënt / cliënt krijgt een kopie van het behandelplan.

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het opstellen van het behandelplan. De deskundigheid van de regiebehandelaar is gewaarborgd in kwaliteitscriteria (BIG registratie, verplichte intervisie, nascholing). Een behandeling verloopt via een zorgprogramma waarin is omschreven wie welke zorg levert op welk moment, welke evaluatie momenten er zijn, welke mogelijkheden er zijn om een behandeling bij te stellen. Medicatie, farmacotherapie is geregeld via de psychiater van de praktijk. Delen van de behandeling kunnen door een medebehandelaar worden uitgevoerd.

Alle evaluaties, mutaties, aanpassingen en wijzingen in diagnostiek en behandeling worden binnen een multidisciplinair overleg besproken. Deze bespreking, de uitkomst en de implicatie voor de behandeling worden vastgelegd in het dossier van de cliënt en worden ook met de cliënt besproken.

Evaluaties en ROM metingen worden via een vast format afgenomen, in het MDO besproken en opgenomen in het dossier. Evaluatie van de behandeling vindt minimaal jaarlijks plaats danwel op een van te voren afgesproken termijn of aantal sessies. Deze termijn en of aantal sessies worden opgenomen in het behandelplan. Tijdens de evaluatie momenten wordt ook de tevredenheid gemeten door middel van het afnemen van de Consumer Quality Index (CQI).

Fase 5: Afsluiting en nazorg.

In gezamenlijk overleg wordt de behandeling na de evaluatie afgesloten. Voorafgaand wordt een terugvalpreventieplan opgesteld en wordt nazorg geregeld. De huisarts wordt over het verloop van behandeling geïnformeerd, met eventueel aanvullende adviezen bij een recidief of onderhoud.

Voor het afsluiten van de behandeling wordt een laatste effect meting gedaan door middel van een vragenlijst; de uitkomsten hiervan worden in het laatste gesprek besproken.

Ook wordt de tevredenheid van de behandeling gemeten door middel van het afnemen van de Consumer Quality Index (CQI).

De patiënt / cliënt wordt geïnformeerd over de wijze waarop de verwijzer geïnformeerd wordt over het afsluiten van de behandeling. In de eindbrief naar de huisarts wordt vermeld voor welke aandoening cliënt onder behandeling is geweest, welke methode toegepast is en welk resultaat bereikt is en tenslotte ook adviezen met betrekking tot het handelen bij een recidief. Ook hier geldt dat bij een bezwaar van patiënt / cliënt de verwijzer niet geïnformeerd zal worden.

Patiënten en cliënten worden geïnformeerd over de handelwijze bij een terugval of recidief. Deze handelwijze staat ook in het gezamenlijk opgestelde terugvalpreventieplan en in de afsluitbrief naar de huisarts. Patiënten / cliënten dienen zich, wanneer het dossier bij de praktijk gesloten is, eerst te melden bij hun huisarts, welke zo nodig patiënt / cliënt opnieuw kunnen verwijzen.

5. Organisatie van de zorg:

1. Kwaliteit van zorg:

- a. De zorgverleners zijn bevoegd en bekwaam.
De praktijk waarborgt de bevoegdheid en bekwaamheid van alle medewerkers op verschillende wijzen.

Allereerst dienen de medewerkers bevoegd, gediplomeerd en geregistreerd te zijn. Voor de verschillende disciplines gelden verschillende beroepsnormen. Deze registraties worden bijgehouden, werknemers dienen diploma's te overleggen.

Bekwaamheid wordt gewaarborgd in een permanent scholingsprogramma bestaande uit een maandelijks referaat, een algemene scholing, verplichte scholing en een vrije ruimte. Nieuwe richtlijnen worden besproken en geïmplementeerd en zorgprogramma's ontwikkeld. De praktijk participeert in de ontwikkeling van richtlijnen.

Alle behandelaren dienen intervisie te volgen, welke moet voldoen aan de door de beroepsgroep gestelde eisen.

Jaarlijks worden de dossiers geauditeerd op volledigheid en verslaglegging.

Tenslotte is er wekelijks een multidisciplinair teamoverleg, voorgezeten door de regiebehandelaar waarin de voortgang van de behandelingen worden besproken.

- b. Zorgverleners handelen via zorgstandaarden en richtlijnen
De zorg in de praktijk wordt geleverd door de actuele zorgstandaarden; <http://www.ggzrichtlijnen.nl/>. De richtlijnen worden in het team besproken; nieuwe ontwikkelingen worden geïmplementeerd in de dagelijks praktijkvoering.
Voor alle stoornissen waarvoor de praktijk een behandelaanbod heeft, kent de praktijk een zorgprogramma.

Er zijn zorgprogramma's voor de volgende stoornissen:

- Ontwikkelingsstoornissen:
 - ADHD
 - Autisme spectrum stoornissen.
 - Stemmingsstoornissen.
 - Angststoornissen:
 - Paniekstoornis (met agorafobie)
 - Gegeneraliseerde angststoornis.
 - Sociale angststoornis.
 - Post traumatische stressstoornis.
 - Obsessief-compulsieve stoornis.
 - Eetstoornissen
 - Somatoforme stoornissen.
 - Persoonlijke stoornissen.
- c. De deskundigheid van zorgverleners wordt op peil gehouden. Deskundigheid wordt gewaarborgd in een permanent scholingsprogramma bestaande uit:
- Een maandelijks referaat,
 - Algemene scholing; door de praktijk aangewezen inhoudelijke scholing
 - Verplichte scholing: EHBO / ICT / E-health / generalistisch werken
 - Een vrije ruimte; door de werknemer vrij in te vullen opleidingsmogelijkheden afgestemd op persoonlijke behoeften.

Nieuwe richtlijnen worden besproken en geïmplementeerd en in zorgprogramma's ontwikkeld.

Alle behandelaren dienen intervisie te volgen, welke moet voldoen aan de door de beroepsgroep gestelde eisen.

2. Procedure ten aanzien van op- en afschalen van de zorg:

Binnen de praktijk is één multidisciplinair team werkzaam onder leiding van een psychiater als regiebehandelaar. Dagelijks worden de intakes besproken. Daarnaast is er wekelijks multidisciplinair teamoverleg (MDO) waarin alle disciplines samen komen. Binnen dit MDO wordt de voortgang en stagnatie van de behandeling besproken, eventuele crisisachtige situaties, en de evaluaties en afronding van de behandeling. Het MDO geeft de mogelijkheid om de zorg te intensiveren of te verlagen (op of afschalen). Dit kan zowel intra-(meer of minder van dezelfde behandeling) als interdisciplinair (meer of minder van een andere behandeling).

Criteria voor de **echelon bepaling** (GB-GGZ of G-GGZ) zijn de ernst van de aandoening, het risico wat de aandoening met zich meebrengt en de complexiteit van de aandoening. Licht, matige en ernstige aandoeningen die niet risicovol of complex zijn worden behandeld in de generalistische basis GGZ. Risicovolle en complexe aandoeningen worden behandeld in de Gespecialiseerde GGZ. Het prettige is dat de praktijk zowel Generalistische Basis GGZ als Specialistische GGZ biedt en dat op – en of afschalen vaak gewoon bij dezelfde behandelaar kan. Wijzigingen van het behandelplan worden altijd in samenspraak met de cliënt gedaan, in het MDO besproken, in het EPD vastgelegd en aan de huisarts teruggekoppeld.

3. Samenwerkingsafspraken met andere zorgaanbieders.

In het verlengde van op – en afschalen van de zorg heeft de praktijk samenwerkingsafspraken met zowel de eerste als de derde lijn. In de eerste lijn zijn dat de huisarts en de praktijkondersteuners GGZ alsook het Algemeen Maatschappelijk Werk.: Verian in Heerde.

In de derde lijn zijn dit samenwerkingsverbanden met de afdeling psychiatrie van de algemene ziekenhuizen en de omringende GGZ instellingen.

- Gelre Ziekenhuis Apeldoorn. www.gelreziekenhuis.nl
- Dimence Zwolle. www.dimence.nl
- Scelta Apeldoorn. www.scelta.nl
- ISALA Klinieken Zwolle. www.isala.nl

Waar nodig kan een beroep gedaan worden op de regionale crisisdienst.

4. Overleg, informatie uitwisseling en overdracht tussen de verschillende behandelaren.

Goede, juiste en volledige dossiervoering is van wezenlijk belang. Binnen de praktijk zijn normen en procedures opgesteld ten aanzien van de eisen van de registraties, zowel qua vorm als inhoud.

Hierdoor is zowel horizontaal (binnen de discipline) als verticaal (buiten de discipline) de dossiervoering en informatie overdracht gewaarborgd.

Wekelijks vindt er een multidisciplinair team overleg plaats waarin een eventuele overdracht besproken wordt. Deze overdracht wordt altijd vastgelegd in het dossier. De overdracht vindt dus zowel mondeling als schriftelijk plaats. Voorzitter van het MDO binnen de gespecialiseerde GGZ is de psychiater.

De samenwerking en onderlinge verhouding zijn binnen de praktijk vastgelegd in een professioneel statuut welke als bijlage is toegevoegd.

5. Regeling van toepassing bij verschil van inzicht tussen betrokken zorgverleners. (escalatieprocedure)

Primair gaat het om de patiënt / cliënt. Wanneer de verschillende behandelaren verschillen van inzicht zijn er verschillende mogelijkheden. Allereerst is de visie van de patiënt / cliënt van groot belang. Wanneer behandelaren blijven verschillen van inzicht kan een second opinion aangevraagd worden, welk advies meegenomen kan worden in de besluitvorming.

Hiërarchisch gezien is uiteindelijk de regiebehandelaar degene die in overleg met patiënt / cliënt het behandelplan vaststelt. De medisch psychiatrisch eindverantwoordelijkheid ligt bij psychiater en die is uiteindelijk ook, in samenspraak met patiënt / cliënt, bepalend in een geschil.

6. Wettelijke dossierplicht.

De wettelijke dossierplicht is gewaarborgd in:

- Een beschrijving in de interne procedure waaraan een dossier dient te voldoen en welke stukken daarin opgenomen dienen te zijn. Jaarlijks worden de dossier geauditeerd.
- Het professioneel statuut
- De beroepsstatuten.
 - o Alle behandelaar dienen volgens een vaste wijze, beschreven in de procedure hun dossier bij te houden.
- Het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD)

7. Toegankelijkheid dossier voor alle betrokken zorgverleners.

De toegang tot het dossier is voor alle betrokken zorgverleners gewaarborgd. De praktijk maakt gebruik van een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Het EPD voldoet aan de ISO NEN 7510 norm; informatie beveiliging in de zorg.

8. Regeling m.b.t. wachttijden.

De praktijk hanteert de regeling wachttijden van de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA). De wachttijden worden per echelon, per stoornis en per verzekeraar weergegeven. Eventueel nog per fase van de behandeling; intake / onderzoek & advies en behandeling.

9. Aanleveren ROM gegevens SBGGZ.

De Praktijk heeft een overeenkomst gesloten met SBGGZ voor het aanleveren van effectmetingen en cliënttevredenheid metingen. Deze effectmetingen, evenals de metingen van cliënttevredenheid worden vergeleken met de uitkomsten van andere praktijken.

Ten aanzien van individuele patiënten /cliënten:

1. Regeling overdracht zorg en /of behandeling aan andere partijen.

Wanneer een behandeling binnen de praktijk wordt overgedragen vindt dit altijd plaats via het multidisciplinair teamoverleg, het MDO. Hierin wordt de reden van overdracht besproken, de diagnostiek en het verloop van de behandeling tot nu toe. Eventueel wordt de behandeling in een gezamenlijk gesprek, met de cliënt, de oude en de nieuwe behandelaar over gedragen.

Ook wanneer de zorg naar een externe partij wordt overgedragen, wordt dit zo veel mogelijk in een warme overdracht gedaan. Naast schriftelijke informatie over de diagnose, de behandeling, het effect van de behandeling en het verloop, wordt indien nodig en wenselijk ook persoonlijk contact opgenomen om een toelichting te geven op de overdracht.

2. Regeling informatievoorziening verwijzers en andere zorgverleners; rekening houdend met wet- en regelgeving over privacy en medisch beroepsgeheim.

Aan de cliënt wordt toestemming gevraagd om de verwijzer, veelal de huisarts te mogen informeren. Dit wordt bij de aanmelding gevraagd, bij het huisreglement besproken en nogmaals tijdens de intake voorgelegd. Wanneer patiënt / cliënt de diagnose waarvoor hij behandeld wordt, niet kenbaar wil maken aan de verzekeraar, kan er gebruikt gemaakt worden van de zogenaamde privacyverklaring. Deze mogelijkheid wordt actief kenbaar gemaakt aan de patiënt / cliënt.

Indien akkoord wordt de verwijzer geïnformeerd over de reden van aanmelding; de diagnostiek, de voorgestelde behandeling, het verloop en het effect van de behandeling.

De verwijzer wordt tevens geïnformeerd over belangrijke wijzigingen in de diagnose en de behandeling, over medicatie, over de jaarevaluatie en over het afsluiten en afronden van de behandeling. De verwijzer wordt tenslotte ook geïnformeerd over het terugvalpreventieplan en de crisiskaart.

In situaties waarin het beroepsgeheim mogelijk doorbroken wordt, wordt gebruik gemaakt van de hiervoor geldende richtlijnen van de beroepsgroep, waaronder de meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (bij conflict van plichten, vermoeden van kindermishandeling of huiselijk geweld), het stappenplan bij de zorgverzekeraar bij een materiële controle.

Voor informatie voorziening naar andere zorgverleners dienen cliënten altijd schriftelijk toestemming te geven; deze toestemming wordt in het dossier vastgelegd. Deze procedure wordt ook gehanteerd wanneer andere, externe partijen informatie over cliënten opvragen.

Binnen de praktijk is het EPD toegankelijk voor andere zorgverleners wanneer zorg wordt overgedragen of waargenomen dient te worden.

3. Regeling terugvalpreventie.

Voor dat cliënten met ontslag gaan wordt gezamenlijk een terugvalpreventieplan opgesteld. Dit terugvalpreventieplan wordt op schrift opgesteld en vastgelegd. Cliënten kunnen hierdoor enerzijds vroegtijdig signalen van terugval herkennen en anderzijds ook eerder zelf actie ondernemen om een terugval te voorkomen. Vaak wordt zo'n terugvalpreventieplan ook gedeeld met belangrijke anderen. Ook wordt de huisarts geïnformeerd en geadviseerd hoe bij een eventuele terugval te handelen, zodat een cliënt niet gelijk opnieuw verwezen hoeft te worden.

Bijlagen:

- ISO 9001-2008 certificaat
- Overeenkomst SBGGZ
- Algemene leveringsvoorwaarden.
- Professioneel statuut.
- Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg.

Ik verklaar dat ik me houd aan de wettelijke kaders van mijn beroepsuitoefening, handel conform het model kwaliteitsstatuut en dat ik dit kwaliteitsstatuut na waarheid heb ik gevuld.

Naam: Wolter Hagedoorn, bestuurder.

Plaats: Heerde.

Datum: 10—08-2016