

Goedgekeurd kwaliteitsstatuut ggz - Instelling

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: Stichting Denazorg

Hoofd postadres straat en huisnummer: Schalk burgerstraat 219 A

Hoofd postadres postcode en plaats: 2572TV 's-Gravenhage

Website: www.denazorg.nl

KvK nummer: 74874470

AGB-code 1: 22221118

2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt

Naam: Muhammed Erdogan

E-mailadres: info@denazorg.nl

Tweede e-mailadres

Telefoonnummer: 0626665171

3. Onze locaties vindt u hier

Link: <https://www.denazorg.nl/contact/>

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).:

GGZ Denazorg is een medisch specialistische behandelcentrum voor geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen boven de 18 jaar. Wij bieden kwalitatieve zorg aan op gebied van psychische klachten. De zorg en welzijn van onze cliënten staan altijd voorop. Wij richten ons op de diagnostiek en behandeling van o.a. angststoornissen, stemmingsstoornissen, pijnklachten.

Al onze inspanningen leiden tot een doelmatige en doeltreffende behandeling van mensen met psychiatrische aandoeningen zoveel als mogelijk in de eigen omgeving. Om dit te realiseren werken we samen met verschillende instanties om het herstelproces van de cliënt te optimaliseren. De behandelingen bij GGZ Denazorg zijn eveneens gericht op kwaliteit van leven, herstel van vitaliteit en zelfredzaamheid.

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

Depressie

Bipolair en overig

Angst

Restgroep diagnoses

Seksuele problemen

Persoonlijkheid

Somatoform

Eetstoornis

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

Nee

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

5. Beschrijving professioneel netwerk:

Ons team bestaat uit ervaren psychiaters, psychotherapeuten, GZ-psychologen, (basis) psychologen en begeleiders met verschillende culturele achtergronden. Het team komt wekelijks bijeen voor een Multidisciplinaire Overleg (MDO). Hierdoor kunnen we de casus vanuit verschillende perspectieven bekijken. Dit draagt bij aan een verbeterde en kwalitatieve zorg.

De professionals zijn competent en werken volgens adequate richtlijnen. Bijscholing van de specialisten staat hoog in de vaandel bij GGZ Denazorg.

6. Stichting Denazorg heeft aanbod in:

de generalistische basis-ggz: GZ-Psycholoog en Psychotherapeut. De overige behandelaren werken onder verantwoording van de regiebehandelaren.

de gespecialiseerde-ggz: GZ-Psycholoog en Psychotherapeut, Verslavingsarts, SPV'er, Psychiater en klinisch psycholoog. De overige behandelaren werken onder verantwoording van de regiebehandelaren.

7. Structurele samenwerkingspartners

Stichting Denazorg 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 participeren (vermeldt hierbij NAW-gegevens en website):

Denazorg werkt ten behoeve van de behandeling van patiënten/cliënten/patiëntenzorg samen met diverse eerstelijnszorgen.

II. Organisatie van de zorg

8. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

Stichting Denazorg ziet er als volgt op toe dat:

8a. Zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn:

Bij aanvang van werkzaamheden worden de bekwaamheden via de referenties gecontroleerd in het kader van vergewisplicht.

GGZ Denazorg faciliteert en bewaakt dat zorgprofessionals bevoegd en bekwaam zijn om de kwaliteit van zorg te kunnen verlenen overeenkomstig de wet (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg).

8b. Zorgverleners volgens kwaliteitsstandaarden, zorgstandaarden en richtlijnen handelen:

Binnen Denazorg wordt gewerkt vanuit de landelijke richtlijnen. De kwaliteit van de protocollen, richtlijnen en werkafspraken worden periodiek bewaakt en geëvalueerd. Tevens worden de richtlijnen vertaald in het behandel aanbod middels beschrijvingen in het handboek werkinstructies (digitaal en drukversie).

8c. Zorgverleners hun deskundigheid op peil houden:

Denazorg ziet er als volgt op toe dat zorgverleners hun deskundigheid op peil houden:

Via MDO, supervisie, intervisie, cursussen en bij- en nascholing.

Alle specialisten binnen GGZ Denazorg zijn verplicht deel te nemen aan het MDO. De behandelingen worden besproken en geëvalueerd tijdens de MDO's. De behandelaren worden wekelijks ondersteund met supervisie en intervisie.

De cursussen en nascholingen zullen deels vergoed worden door GGZ Denazorg.

9. Samenwerking

9a. Samenwerking binnen uw organisatie en het multidisciplinair overleg is vastgelegd en geborgd in het professioneel statuut:

Ja

9b. Indien de organisatie gespecialiseerde-ggz levert: Binnen Stichting Denazorg is het multidisciplinair overleg en de informatie-uitwisseling en -overdracht tussen regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren als volgt geregeld:

De psychiater en/of psychotherapeut treedt als regiebehandelaar op. Voor het leveren van een goede cliëntenzorg vindt er wekelijks een MDO plaats. De specialisten zijn verplicht om aanwezig te zijn.

De verslaglegging wordt tijdens het MDO ingevoerd in het EPD door de regiebehandelaren. De overige behandelaren kunnen de verslaglegging na het MDO invoeren in het EPD.

9c. Stichting Denazorg hanteert de volgende procedure voor het op- en afschalen van de zorgverlening naar een volgend respectievelijk voorliggend echelon:

De afwegingen betreft een cliënt worden ingebracht in het MDO. In overeenstemming wordt er een besluit genomen. De voortgang van de cliënten worden om de drie maanden geëvalueerd.

9d. Binnen Stichting Denazorg geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de volgende escalatieprocedure:

Door middel van een pre-intake wordt beoordeeld of de cliënt geschikt is voor ambulante behandeling binnen Denazorg. Wanneer er sprake is van onenigheid m.b.t een client zal dit besproken worden tijdens het MDO. De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces en neemt de uiteindelijke beslissing.

10. Dossiervoering en omgang met patiëntgegevens

10a. Ik vraag om toestemming van de patiënt bij het delen van gegevens met niet bij de behandeling betrokken professionals:

Ja

10b. 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

10c. Ik gebruik de privacyverklaring als de patiënt zijn diagnose niet kenbaar wil maken aan zijn zorgverzekeraar/ DIS:

Ja

11. Klachten en geschillenregeling

11a. De klachtenregeling is hier te vinden (kies een van de twee opties):

Link naar klachtenregeling: <https://www.denazorg.nl/interne-klachtenregeling/>

11b. Patiënten kunnen met geschillen over behandeling terecht bij

Naam geschilleninstantie waarbij instelling is aangesloten: Klachtenportaalzorg

Contactgegevens: Info@klachtenportaalzorg.nl

De geschillenregeling is hier te vinden:

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

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

12. 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 generalistische basis-ggz en/of gespecialiseerde ggz, en –indien het onderscheid van toepassing is– per zorgverzekeraar en per diagnose.

Link naar wachttijden voor intake en behandeling: www.denazorg.nl/wachttijden/

13. Aanmelding en intake

13a. 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):

De doorverwijzers kunnen cliënten doorverwijzen via zorgdomein. Tevens zijn wij telefonisch bereikbaar voor het maken van afspraken. Cliënten kunnen zichzelf ook aanmelden via de website: www.denazorg.nl/aanmelden/

Het secretariaat is verantwoordelijk voor de verwerking van de aanmeldingen. De intakegesprekken worden ingepland door het secretariaat. De zorgmanager is eveneens verantwoordelijk voor de aanmeldprocedure.

13b. Binnen Stichting Denazorg 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

14. Diagnostiek

Beschrijf hoe de intake en diagnose binnen Stichting Denazorg 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):

Tijdens de intakegesprekken wordt er een situatie-analyse gemaakt. Vervolgens vindt er een psychiatrisch onderzoek plaats, uitgevoerd door de psychiater. De psychiater stelt de definitieve diagnose en zal indien nodig medicatie voorschrijven.

Na het psychiatrisch onderzoek zal het behandelteam bijeenkomen om de problematiek en diagnose na te bespreken. De behandelmethodes en behandelplan worden in overleg vastgesteld.

15. Behandeling

15a. Het behandelplan wordt als volgt opgesteld (beschrijving van proces en betrokkenheid van patiënt/cliënt en (mede-)behandelaren, rol multidisciplinair team):

Het behandelplan wordt opgesteld door de psychiater. De wensen en de behoeften van de cliënten worden meegenomen in het behandelplan. Het behandelplan bevat de werkhypothese, diagnose(s), hulpvraag, behandeldoelen en evaluatiemomenten. Het behandelplan kan na evaluatie van de voortgang bijgesteld worden. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het nastreven van de behandeldoelen.

15b. Het centraal aanspreekpunt voor de patiënt/cliënt tijdens de behandeling is de regiebehandelaar (beschrijving rol en taken regiebehandelaar in relatie tot rol en taken medebehandelaars):

De behandelingen worden volgens adequate richtlijnen en het behandelplan uitgevoerd door de mede-behandelaren. De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces.

15c. De voortgang van de behandeling wordt binnen Stichting Denazorg als volgt gemonitord (zoals voortgangsbepreking behandelplan, evaluatie, vragenlijsten, ROM):

De ROM wordt gebruikt om de behandeling te monitoren en behandelaren krijgen feedback over de voortgang van de behandeling. Het evaluatiemoment staat vastgesteld in het behandelplan. Om de zes maanden zal de voortgang van de cliënt geëvalueerd worden. De evaluatiemomenten kunnen gewijzigd worden wanneer de regiebehandelaar, mede-behandelaar of cliënt dit wilt.

15d. Binnen Stichting Denazorg 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):

De voortgang zal om de drie maanden geëvalueerd worden in het team. Waar nodig kunnen de behandelmethodes en behandeldoelen aangepast worden. Dit doen wij om de effectiviteit van de behandeling te waarborgen.

15e. De tevredenheid van patiënten/cliënten wordt binnen Stichting Denazorg op de volgende manier gemeten (wanneer, hoe):

Via de vragenlijst CQ-index vindt er een klanttevredenheidsonderzoek plaats. Gegevens worden aangeleverd aan stichting benchmark en worden intern geëvalueerd door de zorgmanager en directieleden. Dit zal in het werkoverleg teruggekoppeld worden aan het team.

16. Afsluiting/nazorg

16a. 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):

Het dossier van de cliënt kan afgesloten worden vanwege onderstaande redenen:

1. Reden voor afsluiten bij cliënt / niet bij behandelaar
2. Reden voor afsluiten bij behandelaar / om in- houdelijke redenen
3. In onderling overleg beëindigd zorgtraject / patiënt uitbehandeld
4. Afsluiting na alleen pre-intake / intake / diagnostiek / crisisopvang

Tijdens de afsluitingsfase wordt de situatie besproken tijdens het MDO, de eind-ROM word afgenomen en de verwijzer wordt hierover geïnformeerd.

In het kader van nazorg/terugvalpreventie zal de huisarts op de hoogte gesteld worden van de eind situatie van de cliënt.

16b. Patiënten/cliënten en/of hun naasten kunnen als volgt handelen als er na afsluiting van de behandeling sprake is van crisis of terugval:

Crisisgevoelige cliënten zullen op de hoogte gesteld worden van de handelingsprocedures in geval van een crisissituatie. De naasten zullen hier eveneens over geïnformeerd worden.

In geval van terugval kan de cliënt zich her-aanmelden met een geldige verwijsbrief van de huisarts.

IV. Ondertekening

Naam bestuurder van Stichting Denazorg:

S. Sahin

Plaats:

'S gravenhage

Datum:

24-07-2019

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);

Zijn algemene leveringsvoorwaarden;

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