

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: Terminal 18
Hoofd postadres straat en huisnummer: Nieuwe herengracht 93 B
Hoofd postadres postcode en plaats: 1181NX AMSTERDAM
Website: www.terminal18.nl
KvK nummer: 62734660
AGB-code 1: 22220780

2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt

Naam: Niels de Vries
E-mailadres: niels@terminal18.nl
Tweede e-mailadres
Telefoonnummer: 06-81919169

3. Onze locaties vindt u hier

Link: <http://terminal18.nl>

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.:

Terminal18 is een ambulante ggz instelling voor behandeling, begeleiding en diagnostiek. Wij positioneren ons op het gebied van het geestelijke welzijn (GGZ, jeugdhulp, langdurige zorg) en het brede sociale domein (WMO en participatie). Terminal 18 is er voor jongeren tussen de 12 en 25 en is specifiek gericht op cliënten met bijzondere vragen of multi(systeem-)problematiek die in de reguliere, sectoraal georganiseerde zorg niet terecht kunnen of willen. Elk cliënt-(systeem) heeft een vaste contactpersoon binnen het behandelteam, deze draagt zorg voor de afstemming met betrokkenen (verwijzers, informele en formele zorgverleners), de dossiervorming en de continuïteit in het zorgtraject. Binnen deze integrale werkwijze wordt gewerkt met behandelplannen voor individuele gezinsleden waarbij gewerkt wordt met specifieke, effectieve behandelmethoden, instrumenten en zorgprogramma's. De samenwerking wordt veelal direct en, in de lokale situatie, intensief rond de cliënt gecentreerd op basis van de diagnose en zorgvraag waardoor onder- en overbehandeling wordt geminimaliseerd.

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

Aandachtstekort- en gedrags
Pervasief
Overige kindertijd
Alcohol
Overige aan een middel
Schizofrenie
Depressie

Bipolair en overig

Angst

Restgroep diagnoses

Dissociatieve stoornissen

Genderidentiteitsstoornissen

Psychische stoornissen door een somatische aandoening

Seksuele problemen

Slaapstoornissen

Persoonlijkheid

Somatoform

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

Nee

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

5. Beschrijving professioneel netwerk:

Om het komen tot goede zorg, behandeling, op- en afschaling van zorg en het borgen van de veiligheid van patiënten en hun systeemleden is samenwerking met huisartsen, POH-GGZ; andere GGZ instellingen, gemeenten, BGGZ, Veilig Thuis en Jeugdzorg van groot belang. Terminal 18 zal op elk moment indien nodig de samenwerking zoeken met deze partijen. Op het gebied van opname- en crisisfaciliteiten zullen wij verwijzen naar de desbetreffende crisisdiensten.

6. Onze instelling biedt zorg aan in:

Omdat in het Zorgprestatiemodel 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. Terminal 18 heeft aanbod in:

de generalistische basis-ggz:

Psychiater, GZ Psycholoog, Verpleegkundig specialist ggz

Orthopedagoog Generalist, Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige

de gespecialiseerde-ggz:

Psychiater

Psychotherapeut

GZ-psycholoog

Verpleegkundig specialist ggz

6b. Terminal 18 heeft aanbod in de categorieën van complexiteit van situatie:

Categorie A Indicerend regiebehandelaar:

Indicerend: psychiater, psychotherapeut,

Categorie A Coördinerend regiebehandelaar:

Coördinerend: GZ-psycholoog, psychiater, psychotherapeut

Categorie B Indicerend regiebehandelaar:

Indicerend: psychiater, psychotherapeut,

Categorie B Coördinerend regiebehandelaar:

Coördinerend: GZ-psycholoog, psychiater, psychotherapeut.

Categorie C Indicerend regiebehandelaar:

Indicerend: psychiater, psychotherapeut,

Categorie C Coördinerend regiebehandelaar:

Coördinerend: GZ-psycholoog, psychiater, psychotherapeut.

7. Structurele samenwerkingspartners

Terminal 18 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)):

Polypartners Service BV: nieuwe Herengracht 93, Amsterdam, www.polypartners.nl, KvK Amsterdam nr. 62027247. Samenwerkingsverband voor kleinschalige zorgondernemers met full-service backoffice-dienstverlening. Deze samenwerking maakt het mogelijk een efficiënte en professionele bedrijfsvoering te organiseren, kennis te delen en tegelijkertijd te werken met een relatief lage overhead. De gezamenlijke dienstverlening richt zich op ICT/EPD, kwaliteitsmanagement (ISO), finance (inclusief boekhouding en ondersteuning jaarrekening), contractering, management- en beleidsinformatie, verantwoording, compliance, agility, onderzoek en innovatie. Daarnaast is er binnen het samenwerkingsverband een gezamenlijke vertrouwenspersoon, cliëntenraad en onafhankelijke klachtencommissie.

Familysupporters

Nieuwe Herengracht 93

1011 RX, Amsterdam

Met dit bedrijf hebben wij een nauwe samenwerking rondom gezinnen. Hierdoor kan Terminal 18 haar vertrouwensband met de jongere behouden en er wel wordt gedaan wat nodig is in het gezin.

Jeugdbescherming regio Amsterdam

Overschiestraat 57

1062 HN Amsterdam

Deze organisatie verwijst naar ons voor behandeling van jongeren waarbij in veel gevallen meerdere problemen spelen bij cliënt en niet op eenvoudige wijze op te lossen zijn. Gezamenlijk trekken wij op bij cliënten waar een maatregel op van toepassing is en/of waarbij veiligheidsissues spelen.

II. Organisatie van de zorg

8. Lerend netwerk

Terminal 18 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.

Gezamenlijk reflecteren door indicerende en coördinerende regie-behandelaren vindt plaats in regiebehandelaar overleggen die op maandelijkse basis binnen Terminal 18 plaatsvinden.

Tevens is er in samenwerking met Forlight een Lerend Netwerk gevormd. Tweemaal per jaar vindt een bijeenkomst plaats met alle regie-behandelaren (gz-psychologen, klinisch psychologen, psychotherapeuten en psychiaters) waarbij casuïstiek, complicaties, benchmarks en inhoudelijke thema's aan de orde komen.

9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

Terminal 18 ziet er als volgt op toe dat:

9a. Zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn:

Alle zorgverleners, werkzaam binnen de GGZ, zijn HBO+ gekwalificeerd conform de beroepentabel (CONO). Binnen het kwaliteitssysteem is vastgelegd op welke wijze de werving en selectie, de personele dossiers en de beoordelingscyclus geregeld is. In de personele dossiers is minimaal aanwezig: kopie ID, CV, relevante diploma's, BIG-registratie, lidmaatschap beroepsvereniging en actueel VOG. In de selectieprocedure worden referenties opgevraagd bij eerdere werkgevers, en is er een gesprek met een collega die werkzaam is in een soortgelijk vakgebied/specialisme.

Per client(-systeem) wordt de kwaliteit van de zorg en de zorgverlener geborgd door een aantal zaken. De instelling werkt met het '4-ogenprincipe', een (regie-)behandelaar neemt een belangrijke beslissing nooit alleen, maar legt deze voor aan een collega met vakkennis op betreffend gebied.

Daarnaast is er een structureel MDO met betrokken (regie-)behandelaren (vaak gezamenlijk met externe collega's), en zijn er vaste momenten waarop een regiebehandelaar betrokken is bij de behandeling en de behandelaars. De regiebehandelaar geeft in het EPD, na controle op de dossiervorming (documenten, formulieren, activiteiten en dossiernotities) een digitaal akkoord bij start, diagnose/plan, evaluatie en einde zorgtraject. Voor nieuwe medewerkers is een introductie in de visie, werkwijze, procedures en processen beschikbaar. Daarnaast krijgt elke medewerker in de inwerkperiode een 'maatje' met een soortgelijke achtergrond, die fungeert als vraagbaak. Alle vitale processen, procedures, protocollen, formats, richtlijnen en zorgstandaarden zijn online beschikbaar voor medewerkers. In de jaarlijkse interne en externe audits (ISO) wordt beoordeeld of gewerkt wordt conform de afspraken, standaarden en richtlijnen. Waar nodig worden verbeterplannen ingezet.

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

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

Alle vitale processen, procedures, protocollen, formats, richtlijnen en zorgstandaarden zijn online 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 beleidspsychiater / geneesheer-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 Terminal18 ook zelf, in samenwerking met specialistische aanbieders en universiteiten/Hogescholen/kennisinstituten actief in kennis delen, opleiding, onderzoek en ontwikkeling. Dit betreft met name de specialismen van Terminal18 zelf: integrale zorg, ambulantisering, versterken en ondersteunen informele zorg, systeemgericht werken, veiligheidsissues, kwetsbaar ouderschap en kwetsbare ouderen.

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 Terminal 18 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 professioneel statuut. De instelling heeft een wekelijks gestructureerd MDO met de regiebehandelaren (inclusief psychiater), aangevuld met andere behandelaren waar nodig. Hier worden alle nieuwe cliënten besproken, en daarnaast ook cliënten waar bijzondere zaken, overdrachten of veiligheidsissues aan de orde zijn. Per cliënt wordt hier ook bepaald welke regiebehandelaar eindverantwoordelijk is voor het zorgtraject. Hierbij

gaan wij uit van de beste match in persoon en expertise. Het kan evenwel zijn dat vanwege polisvoorwaarden of contract eisen afgeweken wordt van de inhoudelijke voorkeur. De regiebehandelaar wordt vastgelegd in het dossier (EPD). De regiebehandelaar doet zelf de intake (eventueel samen met een mede-behandelaar) of heeft in de eerste fase van zorg een direct contact met de cliënt. Indien de regiebehandelaar niet direct actief in de behandeling is ook een direct contact aanwezig bij afsluiting (bij trajecten langer dan 6 maanden). Diagnose en plan wordt in overleg met de cliënt gemaakt, en in mdo met het behandelteam vastgesteld. Deze MDO's worden per cliënt ingepland. Het zelfde gebeurt bij veranderingen in de situatie, evaluaties en bij einde traject. Verwijzers en andere betrokken worden geïnformeerd over de voortgang, waar nodig wordt advies gevraagd aan hen, of worden zij uitgenodigd bij MDO's/ behandelbesprekingen met cliënt. Met deze werkwijze is dus enerzijds het gestructureerd mdo geborgd, en kan anderzijds zorg op maat geleverd worden.

10c. Terminal 18 hanteert de volgende procedure voor het op- en afschalen van de zorgverlening naar een volgend respectievelijk voorliggend echelon:

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

10d. Binnen Terminal 18 geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de volgende escalatieprocedure:

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

11. Dossiervoering en omgang met patiëntgegevens

11a. Ik vraag om toestemming van de patiënt/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/>

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: <https://terminal18.nl/contact/>

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 clienten als verwijzers kunnen zich melden (telefonisch, per mail of via de website). De aanmeldfunctionaris (= degene die de aanmelding aanneemt) is tijdelijk contactpersoon voor de client, 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 client. Binnen een week wordt de client besproken in het wekelijks gestructureerd MDO met regiebehandelaren. Hier wordt besloten wie de intake zal doen. indien dit niet de regiebehandelaar is wordt direct ook afgesproken welke regiebehandelaar de eindverantwoordelijkheid heeft. Dit wordt gecommuniceerd met de verwijzer en/of de client (afhankelijk van de informatie). De wachttijd voor een intake is, vanuit de instelling, nooit langer dan twee weken (de client kan uiteraard wel andere wensen hebben). De intaker zorgt dat alle informatie beschikbaar is bij de intake, en overlegt waar nodig (via de client en met toestemming) extra informatie op. In deze fase wordt ook de verwijzing gecontroleerd, en is er waar nodig overleg met de verwijzer. Doelstelling; bij het intakegesprek is alle beschikbare informatie aanwezig, zodat de behandeling na intake direct kan starten. alle informatie wordt vastgelegd in het EPD (documenten, start formulieren, zakelijke afspraken, tijdsregistratie en bijbehorende dossiernotities).

14b. Binnen Terminal 18 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 klanten (multiproblematiek met grote lijdensdruk) hebben veelal moeite hulp te accepteren en de formele zaken te regelen. Zowel klanten als verwijzers kunnen zich melden (telefonisch, per mail of via de website). De aanmeldfunctionaris (= degene die de aanmelding aanneemt) is tijdelijk contactpersoon voor de client, bewaakt de voortgang en draagt over zodra de intaker bekend en het contact gelegd is. Binnen 3 werkdagen wordt de informatie over het gevolg gedeeld met degene die aanmeldt: de beschikbaarheid en eisen aan de verwijzing, de werkwijze en overleg over de datum intake en specifieke wensen daarbij van de client. Ook wordt de client in deze fase binnen een week besproken in het wekelijks gestructureerd MDO met regiebehandelaren. Hier wordt besloten wie de intake zal doen. Indien dit niet de regiebehandelaar is, wordt direct ook afgesproken welke regiebehandelaar de eindverantwoordelijkheid heeft. Dit wordt gecommuniceerd met de verwijzer en/of de client (afhankelijk van de informatie). De wachttijd voor een intake is, vanuit de instelling, nooit langer dan twee weken (de client kan uiteraard wel andere wensen hebben over de planning, hiermee houden wij rekening). De intaker zorgt dat alle informatie beschikbaar is bij de intake, en overlegt waar nodig (via de client en met toestemming) extra informatie op. In deze fase wordt ook de verwijzing gecontroleerd, en is er waar nodig overleg met de verwijzer. Doelstelling bij het intakegesprek is alle beschikbare informatie aanwezig, zodat de behandeling na intake direct kan starten. alle informatie wordt vastgelegd in het EPD (documenten, start formulieren, zakelijke afspraken, tijdsregistratie en bijbehorende dossiernotities).

Tijdens de intake wordt door de intaker ook gesproken over de werkwijze van de instelling ('algemene voorwaarden'), en worden noodzakelijke documenten (WGBO-overeenkomst zorg, evt aanvullende documenten) getekend.

in de intake zelf of een vervolgesprek wordt de diagnose en behandelindicatie besproken met de client en evt andere betrokkenen, en vastgesteld.

In het EPD wordt door de regiebehandelaar elke fase (start, diagnose/plan, evaluatie, einde traject) vastgelegd middels een digitaal akkoord.

in de intakefase worden ook de passende vragenlijsten ingevuld door clienten en behandelaren (ROM) en wordt de verwijzer geïnformeerd met de 'brief in zorg'.

Na de intake wordt door de regiebehandelaar besloten wat het vervolg zal zijn. indien er vragen zijn wordt overleg gevoerd met de verwijzer en/of de client opnieuw besproken in het wekelijk MDO. Waar nodig wordt de verwijzing opnieuw overlegd of anders ingezet. indien degene die de behandeling gaat doen zelf geen regiebehandelaar is wordt direct een afspraak gemaakt voor een gesprek (direct contact) met de client.

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 intake, ingevulde vragenlijsten (ROM) en eventuele aanvullende informatie van derden, wordt door het behandelteam in MDO-verband (regiebehandelaar, andere betrokken behandelaren en eventuele externe betrokkenen) de behandelindicatie en het plan (doelen) besproken. De behandelaar gaat samen met de client (+ het systeem) daarna het plan maken. Dit wordt vastgelegd in het EPD. Het plan bevat concrete doelen, afspraken over de inzet van instrumenten en methoden en meetmomenten. In het EPD wordt het akkoord van de behandelaar, de regie behandelaar en de client 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. Bij complexe zorgvragen, multifocale zorg en zeer intensieve trajecten is de contactpersoon/coach voor

de client (en het systeem) de primaire aanspreekpersoon voor cliënten. De regiebehandelaar is altijd bekend bij de client, en kan ook altijd benaderd worden. Maar de vaste coach/contactpersoon is 24/7 bereikbaar voor de client en is op de hoogte van alle ontwikkelingen. Voor cliënten is dit vaak een prettige oplossing.

16c. De voortgang van de behandeling wordt binnen Terminal 18 als volgt gemonitord (zoals voortgangsbespreking behandelplan, evaluatie, vragenlijsten, ROM):

In het kwaliteitssysteem zijn alle vitale processen beschreven. Het betrokken behandelteam heeft toegang tot het dossier per client. Hiervoor geldt een privacybeschermende, 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, processturing 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 ten alle 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 Terminal 18 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 client 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 clienttevredenheid gemeten (ROM en gesprekken met cliënten). Tevens wordt een brief 'uit-zorg' gestuurd aan de verwijzer.

16e. De tevredenheid van patiënten/cliënten wordt binnen Terminal 18 op de volgende manier gemeten (wanneer, hoe):

De clientwaardering wordt gemeten bij einde traject, middels de CQ-index, ROM en evaluerende gesprekken met cliënten en andere betrokkenen. Mogelijk wordt deze meting gerealiseerd tijdens of direct na het laatste gesprek (evaluatie). Dit lukt niet altijd. Zo nodig nemen wij na het laatste gesprek contact op (telefonisch of per mail) over onze wens tot meting van tevredenheid. Hierbij leggen wij uit dat het voor ons als zorginstelling en zorgverleners belangrijk is dat wij weten hoe onze zorg gewaardeerd wordt. Als het goed gaat zijn we extra gemotiveerd voor een volgende client, als er kenpunten zijn willen we die graag oplossen zodat we het een volgende keer nog beter doen.

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 voldoende zijn, of vervolghulp noodzakelijk is en zo ja, of dit binnen en/of buiten onze instelling het beste gerealiseerd kan worden. Bij beëindiging rapporteren wij de verwijzer in de 'brief uit zorg' over de ervaringen, de resultaten en eventueel noodzakelijke vervolgstappen. Indien een client bezwaren heeft met betrekking tot de inhoud of wijze van informeren van verwijzers en andere betrokkenen gaan we hierover in overleg. Hierbij baseren wij ons op de wettelijke grenzen, en op de toestemmingen die de client ons initieel verleend heeft ten aanzien van het delen van informatie. Hierbij zullen wij ons altijd richten op het bespreken van het belang voor cliënten zelf rond uitwisseling van informatie. Alleen als zorgverleners intensief samenwerken (ook als zij actief zijn in verschillende organisaties) kunnen wij optimale resultaten bereiken. Indien er geschillen zijn bespreken wij dit in alle openheid met cliënten. We

zullen uitleggen dat wij een professionele verantwoordelijkheid hebben, maar dat cliënten ook recht hebben op een andere mening. Vanuit Familysupporters hebben wij met deze transparante werkwijze eigenlijk nooit problemen. Mocht dat onverhoopt wel het geval zijn, dan hebben wij een goede regeling voor vertrouwenskwesaties en klachten. Wij zullen een cliënt nooit veroordelen als deze daar gebruik van maakt.

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

3-6 maanden na afsluiting is in onze werkwijze en processen vastgesteld dat wij een 'follow-up' doen. Wij nemen dan (telefonisch of per mail) contact op met de cliënt, de verwijzer en eventuele andere betrokkenen en informeren over de huidige situatie. Gaat het goed, kan het beter en/of heb je hulp nodig? Waar nodig gaan wij in overleg over een herstart, vervolg of inzet van andere hulp. Daarnaast is het voor cliënten altijd mogelijk direct contact op te nemen met de behandelaar (of een van de leden van het behandelteam) als er vragen of problemen zijn. Cliënten weten dit, het wordt besproken bij de evaluatie van het zorgtraject. 'Je hebt mijn 06 en mijn mail', zeggen we dan... het is onze ervaring dat cliënten met deze laagdrempelige werkwijze goed uit de voeten kunnen. Zij vragen hulp als ze dat nodig hebben. Dat vinden wij heel belangrijk.

IV. Ondertekening

Naam bestuurder van Terminal 18:

Niels de Vries

Plaats:

Amsterdam

Datum:

29-06-2022

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.