

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: Max Ernst GGZ
Hoofd postadres straat en huisnummer: Velperweg 27
Hoofd postadres postcode en plaats: 6824BC ARNHEM
Website: www.max-ernst.nl
KvK nummer: 06084000
AGB-code 1: 73730718

2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt

Naam: F.A.M. Jacobs
E-mailadres: info@max-ernst.nl
Tweede e-mailadres
Telefoonnummer: 088-2701220

3. Onze locaties vindt u hier

Link: <https://www.max-ernst.nl/over-max-ernst-ggz/vestigingen/>

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.:

Max Ernst GGZ biedt diagnostiek en doelgestuurde ambulante behandeling in duidelijk afgebakende trajecten aan volwassenen en kinderen (vanaf 6 jaar) via 18 locaties in Nederland en online. Het behandel aanbod is zodanig dat steeds via de kortste weg wordt gewerkt naar het resultaat.

Max Ernst GGZ levert gespreksbehandeling en op indicatie medicamenteuze behandeling. Bij iedere behandeling worden e-health en hybride behandelvormen aangeboden. Behandelingen kunnen individueel plaatsvinden en in groepen.

De behandelingen van Max Ernst GGZ zijn doelgestuurd en op basis van een focus, waarbij de focus het probleemgebied is waar de behandeling zich op gaat richten. Samenwerken en 'shared decision making' staan centraal. Een in overleg met de cliënt gekozen focus draagt bij aan een effectief en efficiënt resultaat van de behandeling. Concrete behandel doelen geven richting aan de behandeling en helpen om de behandeling te prioriteren, structureren en monitoren. Waar mogelijk worden bij de behandeling naasten betrokken.

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

Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
Angststoornissen
Depressieve stemmingsstoornissen
Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen
Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen
Persoonlijkheidsstoornissen

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)

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:

5. Beschrijving professioneel netwerk:

We zijn een landelijke organisatie met 18 praktijklocaties, verspreid over het hele land. Daar waar we van betekenis kunnen zijn haken we aan. Echter, we organiseren de zorg landelijk, wat betekent dat we in verhouding klein zijn in de betreffende regio. Dat geeft een beperking in het onderdeel uitmaken van de lokale netwerken.

Indien er sprake is van crisisgevoelige problematiek maken wij afspraken met de verwijzer en diens rol i.g.v. een crisissituatie. Daarnaast hebben wij samenwerkingsafspraken met alle regionale crisisdiensten over consultatie en overname.

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 Zorgprestatie-model. In de toekomst zal het eerste onderscheid komen te vervallen.

:

Setting 2 (ambulant – monodisciplinair)/ generalistische basis ggz:

klinisch (neuro)psycholoog

psychotherapeut

GZ-psycholoog

Op de afzonderlijke praktijklocaties vindt eens per week een multidisciplinair overleg plaats waarbij altijd één van de hierboven vermelde functionarissen deelneemt aan het overleg. Daarnaast vindt er periodiek een evaluatie plaats van de behandeling in bijzijn van cliënt, behandelaar en regiebehandelaar.

Setting 2 (ambulant - monodisciplinair) / gespecialiseerde ggz:

psychiater

klinisch (neuro)psycholoog

psychotherapeut

GZ-psycholoog

Op de afzonderlijke praktijklocaties vindt eens per week een multidisciplinair overleg plaats waarbij altijd één van de hierboven vermelde functionarissen deelneemt aan het overleg. Waarbij indien indicatiestellingen worden besproken altijd een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut aanwezig is. Daarnaast vindt er periodiek een evaluatie plaats van de behandeling in bijzijn van cliënt, behandelaar en regiebehandelaar.

Setting 3 (ambulant - multidisciplinair):

psychiater

klinisch (neuro)psycholoog

psychotherapeut

GZ-psycholoog

Op de afzonderlijke praktijklocaties vindt eens per week een multidisciplinair overleg plaats waarbij altijd één van de hierboven vermelde functionarissen deelneemt aan het overleg. Waarbij indien indicatiestellingen worden besproken altijd een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut aanwezig is. Daarnaast vindt er periodiek een evaluatie plaats van de behandeling in bijzijn van cliënt, behandelaar en regiebehandelaar.

7. Structurele samenwerkingspartners

Max Ernst GGZ 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)):

We zijn een organisatie met verschillende praktijklocaties, verspreid over het hele land. We organiseren de zorg landelijk, wat maakt dat we (beperkt) onderdeel uitmaken van de lokale netwerken. Toch zijn er verschillende regionale samenwerkingsverbanden waarbinnen we een meer actieve rol hebben, te weten:

- Mentaal Gezondheidsnetwerk Noord en Midden Limburg
- GGZ Coalitie Groningen
- Samenwerkingsverband Centraal Gelderland
- KCOETZ Kennemer Coöperatief voor Effectieve Transmurale Zorg, www.kcoetz.nl

Ook participeren we in Akwa GGZ (Museumlaan 7, 3581 HK Utrecht) in de ontwikkeling van zorgstandaarden en benchmarking.

II. Organisatie van de zorg

8. Lerend netwerk

Max Ernst GGZ geeft op de volgende manier invulling aan het lerend netwerk van indicierend en coördinerend regiebehandelaren. Indien u een kleine zorgaanbieder bent (2 -50 zorgverleners (categorie 2)), dient u ook aan te geven met.

- o In wekelijks multidisciplinair overleg wordt op casus niveau nagedacht en gereflecteerd in aanwezigheid van tenminste 1 andere regiebehandelaar
- o 2 keer per jaar organiseren we een beleidsdag waarin aandacht is voor de verschillende aspecten van het indicierend en coördinerend regiebehandelaarschap.
- o Eens per jaar is er een zgn. regiebehandelarendag. Een dag georganiseerd door de manager behandelzaken waarbij de inhoud van de dag toeziet op het kunnen vervullen van de rol als regiebehandelaar.
- o Er is coaching van de regiebehandelaren door de directeur patiëntenzorg
- o Gemiddeld eens per 6 weken vind er intervisie plaats

Hoewel wij geen kleine zorgaanbieder zijn maken wij wel deel uit van het lerend netwerk Kortdurend behandelen, KIBG.

9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

Max Ernst GGZ ziet er als volgt op toe dat:

9a. Zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn:

Bij het aannemen van nieuwe medewerkers wordt getoetst op de bij de functie behorende registraties. Daarnaast wordt een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) opgevraagd en wordt aan de medewerker een gedragscode overlegd.

Op basis van de visie en doelstelling van Max Ernst GGZ is een competentieprofiel vastgesteld voor de medewerkers van Max Ernst GGZ. Op basis van dit profiel worden jaarlijks functionerings- en beoordelingsgesprekken gevoerd.

Ook hanteert Max Ernst GGZ een eigen kwaliteitssysteem waarbij iedere regiebehandelaar minimaal een keer per jaar een zgn. samenwerkingsgesprek heeft met de aan het team verbonden psychiater of klinische psycholoog.

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

Max Ernst GGZ werkt geprotocolleerd en evidence based. Voor de veel voorkomende stoornissen wordt gebruik gemaakt van zorgprogramma's en zorgpaden waarbij rekening is gehouden met de protocollen en professionele standaarden. Uiteindelijk wordt bij het samenstellen van de behandelplanpak de cliënt centraal gesteld en wordt middels een proces van shared decision making een behandelplan opgesteld en getekend. De regiebehandelaar toetst dit proces.

9c. Zorgverleners hun deskundigheid op peil houden:

Max Ernst GGZ kent verschillende manieren om de deskundigheid op peil te houden.

- o Integrale deskundigheidsbevordering: Alleen het opdoen van ervaring is geen garantie voor deskundigheid. Voortdurend moet er reflectie zijn op de inhoud van het werk. Naast [verplichte] intervisie, waaraan iedere behandelaar frequent deelneemt, zijn er ook onderdelen als themadagen, bijscholing en deelname aan activiteiten van de diverse beroepsverenigingen zoals bijvoorbeeld NVP, NIP, NVVP, Vgct, etc. Tevens worden evaluaties door behandelaar en regiebehandelaar gezamenlijk met cliënt gedaan
- o Kennis en vaardigheden: Vanuit de functionerings- en beoordelingsgesprekken worden afspraken gemaakt over te ontwikkelen competenties. Deze worden veelal verwoord in een kortere cursus of opleiding zoals bijvoorbeeld CGT, EMDR, ACT en EFT. Met name deze laatstgenoemde hebben een direct effect in het aanbod van behandelmogelijkheden.
- o Opleidingsplaatsen GZ: Max Ernst GGZ fungeert sedert jaren als opleidingsplaats voor de opleidingen tot gezondheidszorgpsycholoog.

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 Max Ernst GGZ is het (multidisciplinair) overleg en de informatieuitwisseling en -overdracht tussen regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren als volgt geregeld:

Behandelaren hebben een vaste regiebehandelaar met wie wekelijks overleg is. Eens in de 2 weken sluit de indicierend regiebehandelaar aan bij dit overleg.

Daarnaast is er binnen het Elektronische Patiënt Dossier de mogelijkheid om te overleggen en vindt er ongepland overleg plaats waar nodig.

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

Wanneer behandelaar constateert dat cliënt in de BGGZ beter in de SGGZ kan worden behandeld dan wordt dit met cliënt besproken en waar mogelijk geobjectiveerd. Vervolgens vindt overleg met de regiebehandelaar plaats, die eventueel cliënt zelf ook ziet. De regiebehandelaar besluit tot opschalen en informeert de verwijzer hierover. Behandelaar stelt een nieuw behandelplan op. Mocht er in de SGGZ sprake zijn van een andere regiebehandelaar, dan vindt er een kennismakingsgesprek plaats.

Bij afschaling van SGGZ naar BGGZ worden dezelfde processtappen doorlopen evenals bij afschaling naar huisartsenzorg, POH-GGZ, begeleiding of het opschalen naar een gespecialiseerde of intensievere behandelsetting.

10d. Binnen Max Ernst GGZ geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de volgende escalatieprocedure:

In situaties waarbij de regiebehandelaar niet zelf de behandeling uitvoert, kan het voorkomen dat er sprake is van een verschil van mening of inzicht over de te volgen behandeling van een cliënt. Bij een

verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling heeft de (indicerend) regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem, echter niet eerder dan nadat alle disciplines aanwezig bij het MDO zijn gehoord. Indien dit verschil van inzicht niet via een dialoog kan worden opgelost geldt dat de (regie)behandelaar kan terugvallen op de leidinggevende behandelzaken in de rol van geneesheerdirecteur. Deze zal zich laten informeren over het dispuut en een bindend advies geven. In dit geval dienen zowel regiebehandelaar als behandelaar dit advies op te volgen.

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://www.max-ernst.nl/media/qaxpb2w0/2228-klachtenreglement-max-ernst-ggz-vs-34.pdf>

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

Naam geschilleninstantie waarbij instelling is aangesloten: De Geschillencommissie Zorg Algemeen
Contactgegevens: Postbus 90600, 2509 LP, Den Haag

De geschillenregeling is hier te vinden:

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

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

13. Wachtijd voor intake/problemanalyse 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://www.max-ernst.nl/over-max-ernst-ggz/wachttijden/>

14. Aanmelding en intake/problemanalyse

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):

Ontvangst en eerste beoordeling

Cliënten worden verwezen door een bevoegde verwijzer (Zie verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Alle aanmeldingen komen binnen bij het secretariaat, via ZorgDomein, e-mail of post. Elke aanmelding wordt ingeschreven in het EPD en er wordt een cliëntdossier aangemaakt of eventueel heropend. Het secretariaat controleert de volledigheid van de verwijzing en screent op eventuele exclusiecriteria. Bij twijfel legt het secretariaat de verwijsbrief voor aan het triageteam. Indien uit de verwijsbrief blijkt dat de cliënt niet binnen de doelgroep valt, wordt deze terugverwezen, waarbij zowel de verwijzer als de cliënt

een bericht ontvangt via e-mail.

Wanneer in de verwijfsbrief geen exclusiecriteria staan benoemd, ontvangt de cliënt een welkomstmail met instructies voor het activeren van het cliëntportaal, het accorderen van de behandelvoorwaarden en het instellen van overige toestemmingen, en het invullen van de Telescreen-vragenlijst. Alle correspondentie verloopt via e-mail, en ontbrekende informatie kan desgewenst telefonisch worden opgevraagd.

Screening en opvolging

Een week na het versturen van de welkomstmails neemt een medewerker van het secretariaat telefonisch contact op met de cliënt. Tijdens dit gesprek wordt de cliënt welkom geheten en wordt het aanmeldproces stap voor stap toegelicht. Indien nodig volgt hierna één week later een remindermail, gevolgd door een telefonische herinnering en een laatste herinnering per mail, telkens met een interval van één week. Wanneer de cliënt binnen twee weken na de laatste herinnering de benodigde stappen nog niet heeft afgerond, wordt terugverwezen naar de oorspronkelijke verwijzer. Zowel cliënt als verwijzer ontvangen in dit geval een mail.

Zodra de cliënt de Telescreen heeft afgerond en akkoord heeft gegeven op de behandelvoorwaarden, wordt hij of zij door de medewerker van het secretariaat doorgezet naar het triageteam. Hier worden de verwijfsbrief en de resultaten van de Telescreen beoordeeld op de passendheid van de hulpvraag. Wanneer de hulpvraag past binnen het zorgaanbod, wordt de cliënt geplaatst op de intakewachlijst en worden er twee zelfhulpmodules klaargezet in Minddistrict. De cliënt ontvangt hierover een e-mail. Past de hulpvraag niet binnen de doelgroep, dan vindt terugverwijzing plaats, met een bericht aan zowel de cliënt als de verwijzer.

Planning en uitvoering van de intake

De medewerker planning beheert de intakewachlijst en plant, zodra er ruimte is, in overleg met de cliënt een intakegesprek. Indien de cliënt hiervoor toestemming geeft, kan het intakegesprek ook via beeldbellen plaatsvinden. Een intake bestaat meestal uit twee gesprekken met dezelfde behandelaar (psycholoog, GZ-psycholoog, psychotherapeut of klinisch psycholoog). In sommige gevallen worden beide gesprekken gecombineerd tot één uitgebreid intakegesprek. De behandelaar bereidt zich voor aan de hand van: de verwijfsbrief, de Telescreen-uitslag en eventuele aanvullende (ROM) vragenlijsten.

14b. Binnen Max Ernst GGZ 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 Max Ernst GGZ 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 intakefase

De intake wordt ingepland op basis van de triage en het voltooide aanmeldproces. De afspraak wordt in overleg met de cliënt ingepland bij een behandelaar (klinisch psycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog of basispsycholoog).

Tijdens de intake wordt de identiteit van de cliënt vastgesteld met een identiteitsbewijs, worden klachten, voorgeschiedenis en hulpvraag besproken, wordt gecontroleerd of de cliënt eerder in behandeling is geweest, wordt bij ernstige suïcidaliteit direct overlegd met een psychiater of regiebehandelaar, en wordt bekeken of de cliënt binnen de doelgroep valt. De intake bestaat

meestal uit twee gesprekken, die afzonderlijk of gecombineerd kunnen plaatsvinden. De intake kan op locatie of via het beveiligde beeldbelplatform plaatsvinden.

Vervolgstappen

De intaker stelt een intakeverslag op en registreert dit in het EPD. Dit verslag vormt de basis voor het concept-behandelplan, met o.a. de beschrijvende diagnose, DSM-5-classificatie, zorgcluster, werkplan, behandeldoelen en afspraken.

Vervolgens volgt een korte afspraak met de regiebehandelaar. Deze beoordeelt de informatie uit de intake en vormt zijn eigen beeld van de problematiek, diagnose en behandel mogelijkheden. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de diagnostiek en indicatiestelling, en zorgt dat deze aansluit bij de geldende richtlijnen.

De casus wordt daarna besproken in het multidisciplinair overleg (MDO), waarin zowel de intaker als regiebehandelaar aanwezig zijn. Hier worden de DSM-classificatie, hoofd- en behandel diagnose en het zorgpad vastgesteld.

Afronding van de intakefase

Laatste stap is een adviesgesprek tussen cliënt en intaker, waarin het behandelplan wordt besproken, de cliënt akkoord geeft, en de uitvoerend behandelaar wordt vastgesteld. De regiebehandelaar ziet toe op de inhoud en bewaakt de kwaliteit en passendheid van het behandelplan. De eerste serie behandelafspraken en evaluatiemoment met de regiebehandelaar worden direct ingepland. De cliënt wordt vervolgens op de behandelwachtlijst geplaatst of direct ingepland voor behandeling. Tot slot wordt de huisarts via Zorgmail geïnformeerd over het opstarten van de behandeling.

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):

In het adviesgesprek (na het multidisciplinaire overleg) worden de bevindingen met cliënt besproken en waar nodig aangepast, evenals de behandel mogelijkheden. Tevens worden de doelen van de behandeling gezamenlijk vastgesteld.

De cliënt beslist of hij/zij akkoord is met het (eventueel bijgestelde) behandelplan. De cliënt krijgt hiervoor indien gewenst bedenktijd. De behandelaar geeft in dat geval het behandelplan ongetekend mee en maakt een heldere afspraak over de uiterste termijn waarbinnen de cliënt het plan met handtekening dient te retourneren, gemaximeerd tot 2 weken, wil hij/zij in aanmerking komen voor de voorgestelde behandeling.

Indien mogelijk informeert de intaker de cliënt over wie de (uitvoerend) behandelaar zal zijn en eventueel over de geschatte wachttijd tot start behandeling.

De intaker houdt in de gaten of de cliënt het behandelplan ondertekend heeft en zorgt ervoor dat vervolgens ook de regiebehandelaar het plan ondertekent. De cliënt krijgt desgevraagd een kopie van het behandelplan.

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):

3-maandelijks vinden er evaluaties plaats waarbij coördinerend regiebehandelaar, cliënt en behandelaar aanwezig zijn. Hier wordt de voortgang van de ingestelde behandeling besproken en waar nodig worden doelen of interventies aangepast. Indien nodig spreekt de coördinerend regiebehandelaar de behandelaar aan op de gevoerde lijn of de gevoerde administratie. Behandelaar dient de aanwijzingen van de coördinerend regiebehandelaar op te volgen.

Indien er sprake is van medicamenteuze behandeling door een ander dan de coördinerend

regiebehandelaar, is het de verantwoordelijkheid van de coördinerend regiebehandelaar dat de visie van de voorschrijver bekend is en meegenomen wordt in de aansturing van de behandeling. Onverwachte wensen tot stoppen van de behandeling, van cliënt of behandelaar of coördinerend regiebehandelaar, worden altijd besproken op het multidisciplinaire overleg.

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

Er zijn 3-maandelijks evaluatie zoals hierboven beschreven. Daarnaast worden 3-maandelijks ROM-vragenlijsten afgenomen (SQ-48, MHC-SF en WAV).

In overleg met de cliënt bepaalt de regiebehandelaar:

- of het doel van de behandeling is bereikt
- of, indien het doel nog niet gehaald is, voortzetting van de behandeling wenselijk is
- of een beter resultaat alsdan waarschijnlijk is
- en zo ja, of de behandeling voortgezet zou moeten worden binnen Max Ernst GGZ.

16d. Binnen Max Ernst GGZ 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):

Zie antwoord hierboven.

16e. De tevredenheid van cliënten wordt binnen Max Ernst GGZ op de volgende manier gemeten (wanneer, hoe):

3 maandelijks wordt de WAV afgenomen, die iets zegt over de tevredenheid over de werkrelatie.

Voor de meting van ervaren cliënttevredenheid na afloop van de behandeling wordt:

- o bij Volwassenzorg de CQI aangeboden aan cliënt
- o bij Kind en Jeugdzorg de GGZ thermometer aangeboden aan cliënt of diens ouder(s)/verzorger(s)

In principe geldt dat deze vragenlijsten digitaal worden verstuurd via ons e-healthplatform echter de ervaring leert dat de response laag is. Om deze reden kan de behandelaar er voor kiezen om de meting op papier af te nemen.

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):

Tijdens de periodieke evaluaties wordt de voortgang van de doelen en de behandeling besproken.

Indien de cliënt nog verdere behandeling nodig heeft en de behandeling niet voortgezet kan worden binnen Max Ernst GGZ, verwijst de behandelaar de cliënt door, dan wel terug. Uitgangspunt bij door dan wel terugverwijzen is ervoor zorg dragen dat op het moment van beëindiging van de behandeling door Max Ernst GGZ, de noodzakelijke vervolgzorg is geregeld voor de cliënt.

Indien geen verdere behandeling nodig is, sluit de behandelaar na instemming van de regiebehandelaar de behandeling af. Dit houdt in ieder geval in:

- o uitvoeren van een cliënttevredenheidsmeting (CQI-A vragenlijst voor volwassenen en GGZ thermometer voor jeugd)
- o uitvoeren van een eindmeting op klachtniveau (ROM meting)
- o informeren van de verwijzer door de behandelaar binnen 5 werkdagen schriftelijk middels een brief over het verloop en resultaat van de behandeling desgewenst voorzien van adviezen
- o afsluiten van de behandeling in het EPD .

Ten aanzien van informatieverstrekking aan derden geldt dat deze toestemming bij aanvang van de behandeling is uitgevraagd en vastgelegd. Cliënt kan ten alle tijde deze toestemming herroepen.

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

In voorkomende situaties waarbij sprake is van terugval dient de cliënt zich te melden bij zijn of haar huisarts. Indien de huisarts vervolgbehandeling wenselijk vindt, zal hij deze indiceren middels een verwijzing. Max Ernst GGZ controleert daarom iedere verwijzing op een eerder uitgevoerde behandeling.

IV. Ondertekening

Naam bestuurder van Max Ernst GGZ:

M. Lekkerkerker

Plaats:

Arnhem

Datum:

23-10-2025

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.