

# 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 Sarya  
Hoofd postadres straat en huisnummer: Eudokiaplein 33  
Hoofd postadres postcode en plaats: 3037BT ROTTERDAM  
Website: [www.stichtingsarya.nl](http://www.stichtingsarya.nl)  
KvK nummer: 59420944  
AGB-code 1: 22220679

### 2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt

Naam: Joyce van de Ketterij  
E-mailadres: [j.vandeketterij@stichtingsarya.nl](mailto:j.vandeketterij@stichtingsarya.nl)  
Telefoonnummer: 0104659959

### 3. Onze locaties vindt u hier

Link: <http://www.stichtingsarya.nl/>

### 4. Beschrijving zorgaanbod en professioneel netwerk:

Het behandelaanbod

Bij behandeling kan gedacht worden aan zowel individuele therapieën, als een systematische aanpak waarbij de partner, het gezin of anderen die belangrijk zijn in het leven van de patiënt kunnen worden betrokken (familiebeleid). Het zorgtraject kan bestaan uit dialectische, cognitieve en gedragstherapie, psychotherapie, EMDR, assertiviteitstraining, psycho-educatie en farmacotherapie. Tevens hoort groepstherapie ook tot de mogelijkheden. De behandeling wordt vanzelfsprekend afgestemd op de zorgvraag van de patiënt. Persoonlijkheidsonderzoeken en IQ-test kan een onderdeel uitmaken van het behandelingsproces, ook mogelijk voor anderstaligen.

Een greep uit de aandoeningen die wij behandelen:

Depressie

Bipolaire stoornissen (manisch depressieve klachten)

Persoonlijkheidsstoornissen (o.a. paranoïde, schizoïde, schizo typisch, borderline, antisociaal, narcistisch, theatraal, afhankelijk, ontwijkend, obsessief-compulsief)

Angststoornissen (o.a. paniek, fobie, dwangstoornis, posttraumatische en acute stress-stoornis, angst door alcohol of drugs)

Psychotische stoornissen

Schizofrenie

Gedragsproblematiek bij mensen met een lichte verstandelijke handicap in combinatie met een psychische stoornis

Trainingen en groepsbehandelingen

Zowel individueel als in groepsverband kunnen Patiënten werken aan hun behandeldoelen. De specialist zorgt samen met zijn team voor op maat gemaakte trainingen en groepsbehandelingen

Professioneel netwerk van stichting Sarya bestaat uit POH-GGZ Huisarts samenwerkingsverbanden, schuldhulpverleners

## 5. Stichting Sarya heeft aanbod in:

de generalistische basis-ggz  
de gespecialiseerde-ggz

## 6. Behandelsettingen generalistische basis-ggz

Patiënten/cliënten kunnen met de volgende problematiek bij Stichting Sarya terecht en deze instelling biedt de volgende vormen van zorg en voor de aanwezige zorgvormen kunnen de volgende beroepsgroepen als regiebehandelaar optreden (indien relevant met toelichting):

### Ambulante zorg

Beroepsgroep die hier als regiebehandelaar kan optreden en evt. toelichting:  
De GZ- Psycholoog

## 7. Behandelsettingen gespecialiseerde-ggz

Patiënten/cliënten kunnen met de volgende problematiek bij Stichting Sarya terecht en deze instelling biedt de volgende vormen van zorg en voor de aanwezige zorgvormen kunnen de volgende beroepsgroepen als regiebehandelaar optreden (indien relevant met toelichting):

### Ambulante zorg

Beroepsgroep die hier als regiebehandelaar kan optreden en evt. toelichting:  
Psychiater en in 2017 GZ-Psycholoog

## 8. Structurele samenwerkingspartners

Stichting Sarya 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):

Stichting Sarya heeft een samenwerkingsverband met Anima, praktijk voor de psychiatrie. Anima is een vrijgevestigde praktijk. Dagelijks behandelen zij mensen met allerlei soorten psychische vragen en klachten in de meest uiteenlopende vormen; van depressies, angst- en psychotische stoornissen tot somatoforme stoornissen. Het doel van onze samenwerkingsverband is vierledig:

- Zorg dragen voor de kwalitatief hoogwaardig verwijzing tussen beide partijen
- Elkaar voorzien van actuele informatie die van belang kan zijn voor de continuïteit van de behandeling van de gezamenlijke patiënten.
- Het voorzien van de behandel informatie voor patiënten.

Tevens hebben wij een basis-psycholoog die werkzaam is bij de POH-GGZ.

## II. Organisatie van de zorg

### 9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

Stichting Sarya ziet er als volgt op toe dat:

#### 9a. Zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn:

Stichting Sarya acht de desbetreffende professional bevoegd indien hij/ zij voldoet aan de juiste kwalificaties, die minimaal aan de volgende voorwaarden dient te worden voldoen: Academische opleiding of daarmee vergelijkbaar niveau, welke onderworpen is aan een systeem van accreditatie en heraccreditatie en/of voorziet in gerichte bij- en nascholing (NLQF7), relevante werkervaring, BIG Registratie en een periodieke deelname aan een vorm van intervisie en intercollegiale toetsing. De vakbekwaamheid van de professionals kan o.a. getoetst worden aan de hand van de BIG – registratie. Om de vijf jaar dient de desbetreffende professional zich te herregistreren. Er gelden twee criteria voor herregistratie: de werkervaringseis en de scholingseis. Hierbij worden gekeken naar de gewerkte uren (urennorm), minimaal 3120 uur. De professional dient minimaal aan de drie eisen van de BIG herregistratie te voldoen ( bigregister.nl,2016). Indien de professional niet voldoet aan de minimale werkervaringseisen dient men te voldoen aan de scholingseisen. Stichting Sarya zal met het

ogenschouw op vakbekwaamheid hier periodiek op letten. De professional dient hier zelf bewust mee om te gaan en op de juiste momenten te anticiperen en participeren om aan de juiste scholingsvoorwaarden te voldoen. Tevens, zal Stichting Sarya in consensus met de professional haar bijdrage leveren in het verzorgen van de juiste opleiding(en). Dit kan via de vereniging LOGO die ervoor zorgt dat de professionals aan de juiste scholingseisen voldoen. Stichting Sarya zal bovendien ook zelf workshops en MDO's organiseren, ter verbreding en verdieping van de kennis en kunde van de professionals. Tevens ondersteunen wij de professionals in het volgen van cursussen of het bijwonen van (internationale) congressen om op de hoogte te zijn van de laatste ontwikkelingen in het wetenschappelijke discours.

#### **9b. Zorgverleners volgens zorgstandaarden en richtlijnen handelen:**

De zorgverleners handelen volgens zorgstandaarden en richtlijnen die staan beschreven in onze kwaliteitshandboek waarbij protocollen en procedures uitgebreid staan beschreven. Daarnaast staan de richtlijnen ook nog eens in ons kwaliteitsstatuut.

### 5. Organisatie zorgverlening

Het voldoen aan de wettelijke dossierplicht.

Stichting Sarya bewaakt doormiddel van onder andere het kwaliteitshandboek 'protocol privacy' dat de professionals op de hoogte zijn en voldoen aan de wettelijke dossierplicht i.v.m. de patiënt gegevens, personeelszaken, organisatie en notulen. In dit deel van het kwaliteitsstatuut zal nader worden ingegaan op de protocollen omtrent de gedrag van de medewerkers m.b.t. privacy rondom het patiëntendossier, overeenkomst, de behandeling, de organisatie in zijn algemeen en de notulen. Tevens wordt hier aandacht besteed aan het elektronisch patiëntendossier, de wettelijke rechten van de patiënten met betrekking tot het patiëntendossier, overdracht en waarneming en de informatiestrekking door de professional. Hierbij worden de wettelijke bepalingen in acht genomen.

#### 5.5.1 Gedragscode omtrent patiëntgegevens Stichting Sarya

In de onderstaande items staat beschreven hoe de medewerker van Stichting Sarya omgaat met patiëntgegevens.

1. De medewerker verzamelt alleen de gegevens die nodig zijn voor de uitvoering van het eigen werk.
2. De medewerker is verplicht om te zwijgen over alles wat hem of haar wordt toevertrouwd en wat als vertrouwelijke informatie kan worden gezien (geheimhoudingsplicht), ook al geeft de patiënt niet direct aan dat het geheim moet blijven. Dit houdt in dat de medewerker niet met derden de informatie kan en mag bespreken.
3. De medewerker hanteert de gedragscode, waarin ook onderdelen over privacy zijn opgenomen.

#### 5.5.2 Privacy rondom het dossier en de overeenkomst

1. De informatie uit het patiëntendossier is alleen toegankelijk voor direct betrokken zorg- en dienstverleners en na ondertekening van de toestemming in het behandelcontract door de patiënt.
2. De patiënt geeft toestemming voor het gebruiken van zijn of haar gegevens door middel van het tekenen van de behandelovereenkomst en de machtiging Sarya. Men geeft hierbij toestemming aan de betrokken hulpverleners, leidinggevendenden, stagiaires en kwaliteitsfunctionarissen om de gegevens in te zien en te gebruiken.
3. De patiënt kan navraag doen bij de medewerker wat het doel is van het raadplegen van het dossier. De medewerker legt dan uit dat het dossier wordt gebruikt om de begeleiding in kaart te brengen en te kunnen overdragen aan alle betrokken hulpverleners.

4. Alleen direct betrokken hulpverleners en behandelaars schrijven in het patiëntendossier. Wanneer contactpersonen belangrijke informatie in de rapportage van het dossier willen opnemen, moeten zij deze informatie doorgeven aan de behandelaar en/of diens vervanger. Deze noteert de gegevens in het dossier.

5. De notities in het patiëntendossier moeten zeer zorgvuldig en waardevrij worden genoteerd.

6. Na rapportage tekent de medewerker af met voor- en achternaam

7. De patiënt heeft recht op het laten wijzigen of verwijderen van gegevens uit het patiëntendossier. Dit kan de patiënt doen door een schriftelijk verzoek daartoe in te dienen bij de bestuurder van Sarya. Dit gaat dan om gegevens die door de patiënt als onjuist, onvolledig of niet ter zake doende worden beschouwd. Het antwoord op dit verzoek moet binnen vier weken schriftelijk worden gegeven.

8. Een weigering moet altijd met reden gegeven worden.

Wanneer men ingaat op het verzoek, dan moeten de desbetreffende stukken uit het patiënt dossier worden verwijderd. Dit mag niet met correctie vloeistof, maar moet geheel verwijderd worden.

9. Degene die het patiënt dossier leest, of erin schrijft, heeft zich te houden aan de geheimhoudingsplicht. Dit betekent dat de medewerker alleen over de inhoud van het dossier mag praten met collega's die bij de uitvoering van de begeleiding betrokken zijn.

10. De patiënt mag te allen tijde zijn of haar eigen dossier inzien. Ook mag de patiënt inzage geven aan wie hij of zij wil. Wanneer de patiënt dat daarover door omstandigheden aantoonbaar geen goed besluit kan nemen, dan doet de wettelijke vertegenwoordiger dit.

11. Er mogen geen gegevens uit het patiëntendossier gekopieerd worden, behalve wanneer de patiënt na afsluiting van de zorg een kopie wil van het dossier. De patiënt krijgt dit dan tegen vergoeding van de kopieerkosten. Het origineel blijft altijd van Stichting Sarya.

12. De patiënt is op de hoogte van wat in zijn of haar patiëntendossier beschreven staat en waarom dit is. Dit betekent dat de medewerker die notities maakt in het patiëntendossier de patiënt op de hoogte moet stellen van de inhoud en het doel van de gemaakte notities.

13. Er mogen geen gegevens uit het dossier verwijderd worden, zonder vraag van de patiënt en toestemming van de coördinator. Wanneer bijvoorbeeld een schrijffout is gemaakt, dan dient men de fout leesbaar te corrigeren door haakjes te plaatsen of een lijn door de tekst te trekken.

14. De patiënt moet altijd op de hoogte worden gebracht én (mondeling) om toestemming worden gevraagd wanneer informatie aan derden moet worden gegeven, zoals aan het ziekenhuis of de specialist.

15. Bij calamiteiten, waarbij Stichting Sarya verplicht is om een rapportage te doen naar officiële instanties (bijv. inspectie), dan stelt Stichting Sarya hiervan de patiënt schriftelijk op de hoogte.

16. De patiënt is niet verplicht om informatie te geven. Wanneer de patiënt informatie niet wil geven, mag dit ook niet gevraagd worden aan de contactpersoon. Hierop is één uitzondering, namelijk wanneer de patiënt de gevolgen van het niet verstrekken van informatie aantoonbaar niet kan overzien.

17. De regiebehandelaar is eerst aanspreekbaar op het bijhouden van het patiëntendossier.

18. Wanneer gegevens worden verstrekt aan derden, dan wordt dit vastgelegd in het patiëntdossier.

19. Bij afsluiting van de dossier/ behandeling, wordt de inhoud samen met de inhoud van het patiënt dossier voor 15 jaar bewaard in het archief. Daarna worden deze dossiers vernietigd.

#### 5.5.3 Te hanteren privacy normen binnen het behandeltraject

1. Het patiënt dossier is aanwezig op het kantoor. Dit dossier mag alleen ingezien worden met toestemming van de betrokken hulpverlener en DBC medewerker. De dossiers staan in afsluitbare kasten.

2. Wanneer een medewerker bij een patiënt is en telefonisch gegevens doorkrijgt over een andere patiënt, dan kan hij of zij deze gegevens alleen aannemen wanneer men niet de identiteit van de andere patiënt prijsgeeft.

3. Als medewerkers aan de telefoon zitten (op kantoor) is het belangrijk dat de deur dicht gaat, zodat je zelf niet de aanleiding geeft, dat mensen naar je kunnen luisteren.

4. Aantekening, werkbriefjes en routes met patiënt gegevens moeten na gebruik worden vernietigd en mogen niet blijven slingeren.

5. In bewaring gegeven sleutels moeten zorgvuldig worden bewaard indien dit het geval is.

6. Het is van groot belang dat oude patiënt informatie/persoonsgegevens allemaal op dezelfde manier vernietigd wordt. Dat betekent dat er een papierversnietiger aanwezig moet zijn, of dat de oude persoonsgegevens zodanig in stukken verscheurd moet worden, zodat er door een buitenstaander geen informatie leesbaar is.

#### 5.5.4 Privacy rondom de notulen

1. Wanneer in teamvergaderingen of patiënt besprekingen individuele personen ter sprake komen, dient dit op uiterst zorgvuldige wijze besproken te worden. Dit betekent dat alleen binnen de patiënt besprekingen patiënt situaties besproken mogen worden. Alleen binnen de vier muren van de bespreking mogen namen van patiënt en wel genoemd worden, maar daarbuiten absoluut niet. Bovendien is men verplicht om met respect over de patiënt te praten.

2. Iedereen die bij deze bespreking aanwezig is, is gebonden aan de geheimhoudingsplicht, zoals is beschreven onder kopje 8.4.1

3. De notulen en agenda dienen waardevrij (in neutrale termen) te worden beschreven.

4. Notulen waarin persoonsgegevens zijn verwerkt, mogen niet verspreid worden onder teamleden. Ze worden opgeborgen in een afsluitbare kast. Alleen daar kunnen de notulen worden ingezien.

#### 5.5.5 Informatieverstrekking door de professional

De professionals van Stichting Sarya handelen volgens de wettelijke bepalingen, zoals beschreven in het Burgerlijk Wetboek boek 7, titel 7, afdeling 5: De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling (titel 7.7 B.W.).

De hulpverlener licht de patiënt op duidelijke wijze, en desgevraagd schriftelijk in over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. De hulpverlener licht een patiënt die de leeftijd van twaalf jaren nog niet heeft bereikt op zodanige wijze in als past bij zijn bevattingsvermogen. Bij het uitvoeren van de neergelegde verplichting laat de hulpverlener zich leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijze dient te weten ten aanzien van: ·de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling die hij noodzakelijk acht en van de uit te voeren verrichtingen; de te verwachten gevolgen en risico's daarvan voor de gezondheid van de patiënt; andere methoden van onderzoek of behandeling die in aanmerking komen; de staat van en de vooruitzichten met betrekking tot diens gezondheid voor wat betreft het terrein van het onderzoek of de behandeling (Titel 7.7.Art 448. B.W.).

De hulpverlener mag de patiënt bedoelde inlichtingen slechts onthouden voor zover het verstrekken ervan kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt zou opleveren. Indien het belang van de patiënt dit vereist, dient de hulpverlener de desbetreffende inlichtingen aan een ander dan de patiënt te verstrekken. De inlichtingen worden de patiënt alsnog gegeven, zodra bedoeld nadeel niet meer te duchten is. De hulpverlener maakt geen gebruik van zijn in de eerste volzin bedoelde bevoegdheid dan nadat hij daarover een andere hulpverlener heeft geraadpleegd (Titel 7.7.Art 448. B.W.)

#### 5.5.6 De rechten van de patiënt met betrekking tot het patiëntendossier

Naast het recht om een eigen verklaring in het patiëntendossier te doen opnemen, heeft de patiënt nog andere rechten.

##### Vernietigingsrecht

De patiënt kan de hulpverlener verzoeken om vernietiging van de door deze over de patiënt bewaard bescheiden. De hulpverlener moet binnen drie maanden aan dit verzoek voldoen. Wanneer de hulpverlener oordeelt dat de bewaring van aanmerkelijk belang is voor een ander, dan wel een wettelijke regeling zich tegen vernietiging verzet, dan behoeft hij niet aan dit verzoek te voldoen.

##### Inzagerecht en recht op afschrift

Op verzoek van de patiënt verleent de hulpverlener aan de patiënt inzage in diens dossier. Tevens kan de patiënt verzoeken om een afschrift. De verstrekking (zowel inzage als afschrift) blijft achterwege als dit in het belang is van een ander. Voor de verstrekking mag de hulpverlener een redelijke vergoeding vragen.

#### 5.5.7 Overdracht & Waarneming

De behandelverantwoordelijkheid kan in de loop van het behandelproces worden overgedragen aan een andere behandelaar. Zo kan de behandelverantwoordelijkheid in het begin van het onderzoek- en behandelproces liggen bij een bepaalde discipline en worden overgedragen aan een andere discipline in het verdere verloop van het behandelproces, bijvoorbeeld omdat de accenten in het behandelproces anders komen te liggen. Deze overdracht wordt afgestemd met de patiënt. De behandelverantwoordelijkheid moet bij afwezigheid worden overgedragen aan een waarnemer of vervanger. Bij afwezigheid van de eigen regiebehandelaar hebben de overige leden van het team ook ieder voor zich en/of in gezamenlijkheid de plicht om te zorgen dat het behandelproces ook met een vervangend regiebehandelaar doorloopt.

#### 5.5.8 Patiëntendossier (EPD)

Uit wettelijke bepaling vloeit voort dat de hulpverlener een dossier inricht met betrekking tot de behandeling van de patiënt. In dit dossier vermeldt hij gegevens omtrent de gezondheid van de

patiënt en de ten aanzien van deze uitgevoerde verrichtingen, alsmede andere stukken van belang voor zichzelf en de behandeling van de patiënt. Binnen Stichting Sarya wordt gebruik gemaakt van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) alsmede een fysiekdossier. Iedere medewerker die rechtstreeks betrokken is bij het uitvoeren van de behandelingsovereenkomst heeft toegang tot het EPD en kan beschikken over de informatie uit het dossier voor zover dit relevant is voor het uitvoeren van het werk. In het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) zijn de namen en bereikbaarheid van de behandelverantwoordelijke en de betrokken behandelverantwoordelijke helder zichtbaar.

### **9c. Zorgverleners hun deskundigheid op peil houden:**

Zie 9A (Stichting Sarya zal bovendien ook zelf workshops en MDO's organiseren, ter verbreding en verdieping van de kennis en kunde van de professionals. Tevens ondersteunen wij de professionals in het volgen van cursussen of het bijwonen van (internationale) congressen om op de hoogte te zijn van de laatste ontwikkelingen in het wetenschappelijke discours.

## **10. Samenwerking**

### **10a. Samenwerking binnen uw organisatie en het multidisciplinair overleg is vastgelegd en geborgd in het professioneel statuut:**

Upload van uw professioneel statuut op [www.ggzkwaliteitsstatuut.nl](http://www.ggzkwaliteitsstatuut.nl)

### **10b. Indien de organisatie gespecialiseerde-ggz levert: Binnen Stichting Sarya is het multidisciplinair overleg en de informatie-uitwisseling en -overdracht tussen regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren als volgt geregeld:**

#### **5.1 Communicatierichtlijnen binnen de multidisciplinaire teams**

De communicatierichtlijnen binnen de multidisciplinaire teams heeft als hoofddoel de juiste behandeling voor de patiënt te bewerkstelligen en de communicatie binnen het zorgproces te verbeteren en waar nodig verduidelijken. De multidisciplinaire oordeels- en besluitvorming zijn hierbij een belangrijk instrument. Dit betekent dat op belangrijke beslis momenten in het zorgverleningsproces meerdere disciplines bij het behandel- en besluitvormingsproces zijn betrokken. Dit is op verschillende fases binnen het behandeltraject mogelijk, bij het: (intake-) onderzoek en diagnosestelling; (tussentijdse) evaluatie(s) van de behandeling en beëindiging van de behandeling. Zoals reeds vastgesteld hebben in de multidisciplinaire teams allen betrokken actoren binnen de kaders van hun eigen discipline en professionele achtergrond hun eigen verantwoordelijkheid in het zorgproces. De meerwaarde van de multidisciplinaire oordeels- en besluitvorming ligt in het interactief tot stand brengen van opvattingen en beslissingen door inzichten vanuit verschillende deskundigheidsgebieden, die uiteindelijk leidt tot de juiste zorg voor onze patiënten. Elke bij Stichting Sarya aangeboden problematiek wordt indien nodig vanuit medisch / psychiatrisch, psychologisch, sociaal-maatschappelijk en verpleegkundig perspectief beoordeeld. Naast deze multidisciplinaire oordeelsvorming is ook de multidisciplinaire behandeling/begeleiding kenmerkend voor het aanbod van Stichting Sarya. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de regie en coördinatie in het zorgproces dat elke professionele deskundigheid goed tot zijn recht komt en hiermee een substantieel onderdeel vormt van de oordeelsvorming en het uitvoeren van de behandeling. Tevens, is de regiebehandelaar verantwoordelijk voor de beslissingen ten aanzien van de hulpverlening zoals die in het multidisciplinaire overleg vastgesteld worden. In MDO wordt het diagnostische en therapeutisch proces in de beschrijving van de uitvoering van het behandelplan in het dossier duidelijk aangegeven "met benaming van de betrokkenen". Hiermee wordt de verantwoordelijkheid van de professionals schriftelijk vastgelegd.

### **10c. Stichting Sarya hanteert de volgende procedure voor het op- en afschalen van de zorgverlening naar een volgend respectievelijk voorliggend echelon:**

#### **5.2 Matched care principe: het op -en afschalen van zorg.**

De therapieën zo doelmatig mogelijk laten verlopen is het op het juiste moment kunnen op -en afschalen van zorg. Stichting Sarya vindt dat alle patiënten het recht hebben op de juiste

hulpverlening en behandeling die past binnen de gestelde diagnose. Om dit te realiseren maakt stichting Sarya gebruik van de zogeheten 'matched care' benadering. Het concept 'matched care' betekent dat er gangbare zorg wordt verleend waarin de regiebehandelaar, vaak in een multidisciplinair team overleg bepaald welke behandeling voor de patiënt het geschiktst is. De behandeling kan van allerlei aard zijn. De procedure:

- Iedere patiënt krijgt eerst een intakegesprek
- In een multidisciplinaire oordeels- en besluitvorming (MDO) team wordt op basis van de klachten, omstandigheden en persoonlijkheid beslist welke behandeling het best 'matcht' met de specifieke patiënt.
- Bij het toewijzen van de behandeling wordt rekening gehouden met de multidisciplinaire richtlijnen voor verschillende psychische stoornissen.
- De behandeling kan variëren op het gebied van de setting ( individueel, groep of gezin) en inhoud ( interpersoonlijk, eclecticisch, psychoanalytisch, structureren/ steunend of cognitief, etc.

Door het gebruik van de 'matched care' benadering, waarbij wij in multidisciplinaire teams overleggen, in overeenstemming met de patiënt, kunnen wij op elk gewenste fase binnen het behandeltraject de zorg op – en afschalen. Dit zorgt ervoor dat de patiënt de geschikte behandeling en zorg krijgt binnen de vastgestelde diagnose.

#### **10d. Binnen Stichting Sarya geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de volgende escalatieprocedure:**

Deze escalatiepiramide treedt inwerking indien er onderling (tussen de professionals/ regie- en regiebehandelaar) onenigheid plaatsvindt omtrent een behandeltraject. De escalatiepiramide bestaat uit een vier fasen. Indien er door de professionals in het multidisciplinaire teamoverleg (MDO) onenigheid, frictie ontstaat over (een deel van) het behandeltraject c.q. zorgproces dient men te handelen volgens de vier fasen van de escalatiepiramide: signaleren, grenzen stellen, ingrijpen en evalueren ( zie figuur 1).

##### Fase 1: Signaleren

Indien er onenigheid heerst in het multidisciplinaire team ofwel onenigheid over een deel van het behandeltraject (tussen de regiebehandelaar en behandelaar) is het van belang dat de betrokken professionals dit vroegtijdig signaleren. Het vroegtijdig signaleren van onenigheid doet men doormiddel van contact maken met de betrokken professional. Hierbij benoemt men de onenigheid en stelt men inhoudelijke (door)vragen. De onenigheid en de betreffende vragen dienen te worden vastgesteld in het signaleringsplan. Als de onenigheid en frictie onderling zijn beslecht kan men hierbij de procedure verlaten.

- Contact maken
- Benoemen, vragen en doorvragen
- Signaleringsplan

##### Fase 2: Grenzen stellen

Als de onenigheid voortduurt is het noodzakelijk dat de betrokken professionals het probleem concreet afbakenen en afstemmen. De regiebehandelaar dient hierbij te allen tijde zich in een dialogische positie op te stellen en de alternatieven in het behandelproces in acht te nemen. De regie en/ of - regiebehandelaar dient kort, helder en concreet het probleem te operationaliseren naar uitvoerbare acties.

- Afstemmen, afbakenen, Alternatieven vinden.



- Neem de controle over waar nodig, zoek naar dialogische positie.
- Gedragsinstructie: benoem concreet gewenst gedrag.
- Kort, helder, concreet en vraag naar een uitvoerbare actie.

### Fase 3: Ingrijpen

Als het conflict in de voorgaande fases nog niet is opgelost, dient men te worden ingegrepen om de zorg van de patiënt te waarborgen. Het conflict tussen de professionals wordt overgedragen naar de Psychiatrische multidisciplinair overleg groep (PMOG) binnen stichting Sarya. Het conflict dient tevens te worden gemeld aan de zorgmanager. De legt de situatie voor aan de zorgmanager en beslechten het geschil tussen de betrokken partijen. De PMOG heeft in overleg met de zorgmanager de bevoegdheid een eindoordeel te vellen.

- Ingrijpen door de PMOG
- PMOG meldt het conflict aan de zorgmanager
- PMOG velt in samenspraak met de zorgmanager het eindoordeel.
- Eindoordeel bespreken met de betrokken actoren en een evaluatie vergadering afspreken met de betrokken professionals en zorgmanager.

### Fase 4: Evalueren

Hierbij gaan de betrokken professionals inclusief de PMOG en zorgmanager alle fases van escalatiepiramide af om te analyseren of er conform de escalatiepiramide is gehandeld. De PMOG zal het gedrag, de professionaliteit van de betrokken actoren beoordelen en overhandigen aan de zorgmanager. De zorgmanager kan hierbij indien er ongewenst of onprofessioneel handelen heeft plaatsgevonden de betreffende partijen berispen. In de laatste fase zal tevens worden besproken hoe de onenigheid de volgende keer kan worden voorkomen

- Het probleem / conflict bespreken
- Het handelen van de betrokken actoren analyseren.
- Analyseren hoe het probleem in de toekomst kan worden voorkomen

## **11. Dossiervoering en omgang met patiëntgegevens**

**11a. Ik vraag om toestemming van de patiënt 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 zijn diagnose niet kenbaar wil maken aan zijn zorgverzekeraar:**

Ja

**11d. Stichting Sarya levert ROM-gegevens aan bij de Stichting Benchmark ggz (SBG) op geaggregeerd niveau ten behoeve van benchmarking:**

Nee

## **12. Klachten en geschillenregeling**

**12a. Patiënten kunnen met klachten over een behandeling terecht bij**

Naam instelling: Mevrouw mr. O. Sarac  
Contactgegevens: Claes de Vrieselaan 86, 3021 JT ROTTERDAM

**De klachtenregeling is hier te vinden:**

Upload van uw klachtenregeling op [www.ggzkwaliteitsstatuut.nl](http://www.ggzkwaliteitsstatuut.nl)

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

#### 13. 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.

Upload van uw document met wachttijden voor intake en behandeling op [www.ggzkwaliteitsstatuut.nl](http://www.ggzkwaliteitsstatuut.nl)

#### 14. Aanmelding en intake

**14a. 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):**

Stichting Sarya heeft als beleid het stimuleren van de autonomie en de regie van de patiënt. Het kwaliteitsstatuut fungeert hierbij als gids om de patiënt in het individuele behandelproces meer zeggenschap te geven. Dit wordt bewerkstelligd door de patiënt te ondersteunen bij het vinden van relevante informatie en het creëren van een vertrouwensband. Dit doen wij doormiddel van 'de patiënt's journey'. De patiënt gaat bij het behandelingsproces door vijf fases: voortraject bij verwijzer, aanmelding / intake, diagnostiek, behandeling, afsluiting en nazorg.

##### 4.1 Voortraject bij verwijzer

De verwijzer is hierbij verantwoordelijk voor het in acht nemen van de opgestelde veldnormen met betrekking tot de verwijzing. Er zijn verschillende classificaties type verwijzers; verwezen patiënt vanuit de eerste lijn (o.a. huisarts, bedrijfsarts); verwezen patiënt vanuit een (andere) GGZ-instelling, instelling voor medisch specialistische zorg of GGZ-praktijk; verwezen patiënt vanuit de crisis zorg of spoedeisende hulp (S.E.H.); eigen patiënt (bijvoorbeeld in geval van een vervolg-DBC); verwezen patiënt.

De desbetreffende verwijzing dient een concrete hulpvraag (binnen de DSM-IV vastgestelde diagnose) te bevatten die vanuit de Gespecialiseerde Gezondheidszorg (GGGZ) met passende zorg kan worden beantwoord. De verwijzing mag bij de beginfase van de behandeling niet ouder zijn dan 3 maanden

##### 4.2 Aanmelding / intake

Het intakegesprek tussen de zorgaanbieder en patiënt kan worden beschouwd als de eerste kennismaking, waarbij getracht wordt op een doelmatige en effectieve manier aan de zorgbehoefte van de patiënt te voldoen. Indien niet aan de zorgbehoefte van de patiënt kan worden voldaan, dient men de patiënt terug te verwijzen naar de verwijzer. Tevens wordt er bij elke intake aan de patiënt toestemming gevraagd om de huisarts over de behandeling te informeren. Op indicatie wordt toestemming gevraagd om voor de behandeling noodzakelijke informatie op te vragen bij derden. Deze toestemming wordt vastgelegd op de daartoe bestemde standaardformulieren (Machtiging). Dit formulier is in het kwaliteitshandboek te vinden

In het intakegesprek wordt in wisselwerking tussen de professional en patiënt vastgelegd wie het aanspreekpunt en verantwoordelijke is voor het zorgtraject. In deze fase van de behandeling is de regiebehandelaar het aanspreekpunt. Tevens, wordt er besproken hoe het zorgtraject zal worden vormgegeven en hoe te handelen indien de zorgbehoefte van de patiënt verhevigd (crisiskaart). De gemaakte afspraken worden op een duidelijke manier aan de patiënt teruggekoppeld. Het intakegesprek is een kennismakingsgesprek waarbij in kort contact met de regiebehandelaar in overeenstemming met de patiënt een voorlopig behandeladvies wordt gegeven en een vervolgspraak wordt gemaakt. De volgende punten worden tijdens het intakegesprek besproken en in behandeling genoemd ( zie tabel 1: intakegesprek).

Tabel 1: Intakegesprek

- 1.Reden verwijzing
2. Verwijzer
- 3.Specialle anamnese
- 4.Huidig sociaal functioneren
- 5.Biografische gegevens
6. Voorgeschiedenis
- 7.Familieanamnese
- 8.Somatische aspecten
- 9.Medicatie
- 10.Intoxicaties
- 11.Onderzoek en beoordeling
- 12.Hulpvraag en verwachting van de patiënt.
13. Betrekken van naasten (familiebeleid)
14. Re-integratie plan (IPS)
- 15.Samenvatting
- 16.Advies
- 17.Beleid
18. Toestemming patiënt
- 19.Patiënt is akkoord met bovenstaand beleid.
- 20.Patiënt is niet akkoord met bovenstaand beleid. Reden: Aanvullende gegevens
21. Tolk nodig: ·nee / ja, namelijk
22. Voorkeur M/V hulpverlener: nee / ja, namelijk
23. Huisbezoek: nee / ja
24. Voorkeur tijdstip contact: nee / ja, namelijk
25. Conclusie
26. Vervolgspraak inplannen

Naar aanleiding van het intakegesprek wordt een verslag opgesteld dat gebaseerd is op de onderwerpen die tabel 1 worden beschreven. Dit verslag wordt voorgelegd aan het multidisciplinair team.

Voor een aantal patiënten is nader onderzoek noodzakelijk. Er zijn drie mogelijkheden waarbij dit zich voor kan doen:

- Intaker geeft het advies om een patiënt nader te onderzoeken. Dan wordt de patiënt toegewezen aan een behandelaar die het geadviseerde onderzoek kan uitvoeren.
- Behandelaar vraagt nader psychologisch onderzoek aan. Hiervoor is een standaardformulier Psychodiagnostisch onderzoek dat moeten worden ingevuld. De GZ psycholoog zorgt dan voor verdeling binnen de groep psychologen.

- Er is nader psychiatrisch onderzoek nodig: de vaste behandelaar kan in overleg met desbetreffende psychiater een consult aanvragen. In alle gevallen worden patiënten ingedeeld bij een regiebehandelaar voor diagnostiek.
- Indien er sprake is van problematiek die niet behandeld kan worden binnen de behandel mogelijkheden van Sarya (zie uitsluitingscriteria) wordt patiënt doorverwezen naar desbetreffende instelling.

**14b. Binnen Stichting Sarya 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

## 15. Diagnose

Beschrijf hoe de intake en diagnose binnen Stichting Sarya 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):

De diagnose wordt door de regiebehandelaar in een face-to-face gesprek met de patiënt vastgesteld. Afhankelijk van de zorgvraag is het doenlijk dat verscheidene onderdelen van het diagnostisch zorgproces door andere professionals dan de regiebehandelaar kan worden uitgevoerd. Echter is het van belang weer te geven dat de regiebehandelaar het centrale aanspreekpunt is voor het behandeltraject. Dit wordt in overeenstemming met de patiënt bewerkstelligd. Indien, de regiebehandelaar de patiënt voor verdere behandeling naar een andere professional verwijst, zal dit altijd in overeenstemming met de wens van patiënt in acht worden genomen.

Het diagnostische zorgproces en uiteindelijke diagnose dienen op een heldere en verklaarbare manier me de patiënt gecommuniceerd te worden. Tevens wordt in het diagnostische zorgproces een duidelijke weergave geschetst van het doel, mogelijke risico's / neveneffecten, kans op succes, en andere mogelijke relevante zorgopties. Indien de patiënt na de uiteindelijke diagnose niet direct in behandeling wordt genomen, is de regiebehandelaar eerstverantwoordelijke voor de zorg van de patiënt. Bovendien heeft de patiënt indien hij/zij dit wenst of een wettelijke basis ten grondslag ligt altijd de gelegenheid een andere professional te raadplegen.

## 16. Behandeling

**16a. Het behandelplan wordt als volgt opgesteld (beschrijving van proces en betrokkenheid van patiënt/cliënt en (mede-)behandelaren, rol multidisciplinair team):**

De behandeling wordt in samenspraak met de patiënt en indien mogelijk zijn/ haar direct betrokkenen vormgegeven in een behandelplan. De regiebehandelaar stelt na instemming van de patiënt het behandelplan vast. Het behandelplan bestaat minimaal uit de volgende aspecten:

- De doelen met betrekking tot de zorg voor een bepaalde (te evalueren) periode gesteld, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de patiënt.
- Periodiek evalueren behandelplan, in samenspraak met patiënt en eventueel naaste betrokkenen. Hierbij is een vast onderdeel de op-of af schalen van zorg.
- De wijze waarop, waar en binnen welk tijdsbestek de professional en de patiënt de gestelde doelen trachten te bereiken.
- Indien van toepassing; schriftelijke overeenkomst op welke manier te handelen bij een crisissituatie.
- Op welke wijze de waarneming tijdens afwezigheid van de regiebehandelaar wordt zorggedragen.
- Het (eind)verantwoordelijke voor de verschillende onderdelen van de te verlenen zorg.
- Het (eind)verantwoordelijke voor de afstemming en afspraken tussen meerdere professionals.
- Het aanspreekpunt van de te verlenen zorg en afstemming tussen de professionals ( de regiebehandelaar)

Het is van belang dat in het behandelplan de evaluatie periode wordt opgenomen, en binnen de kaders van het behandeltraject een keuze wordt gemaakt om de zorg op – of af te schalen. Indien er blijkt dat de toegevoegde waarde van de behandeling insufficiënt is, dient de behandeling te worden bijgesteld, overgedragen of beëindigd. Bij het bijstellen van de behandeling, dient er in overeenstemming met de patiënt een hernieuwd behandelplan opgesteld te worden.

De huisarts ontvangt afhankelijk van de duur van de behandeling een afschrift met daarin in zijn geheel of samengevat de gemaakte afspraken van het behandelplan. Bij een kortdurende behandeling wordt de desbetreffende huisarts of andere verwijzer op de hoogte gesteld van het resultaat ofwel verloop van de behandeling, tenzij de patiënt hiertegen bezwaar heeft. Het behandelplan is gedurende de behandelperiode beschikbaar voor de patiënt. De patiënt heeft tijdens de behandelperiode op elk gewenst moment het recht op een kopie en inzage van zijn/ haar behandelplan. Indien bij de patiënt meerdere diagnoses wordt vastgesteld, zal de regiebehandelaar dit bespreken in het multidisciplinaire team overleg en de juiste professionals consulteren om het behandelproces zo doelgericht en efficiënt mogelijk te laten slagen. Tijdens de behandeling is de regiebehandelaar met inspraak van de patiënt het centrale aanspreekpunt.

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

Bij patiënten waar de primaire focus van de behandeling niet gericht is op biologische factoren of de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft, maar meer op de psychologische factoren. Het gaat om patiënten met een stoornis die behandeld kunnen worden met grotendeels psychologische behandelmethoden waarbij geen sprake is van een spoedeisend karakter of de noodzaak tot opname.

De regiebehandelaar:

- draagt zorg voor het openen en sluiten van de DBC, zorg voor het openen en sluiten van de DBC en het registreren in een DBC;
- draagt zorg voor het opstellen, evalueren en sluiten van het behandelplan en geeft (in het kader van de multidisciplinaire behandelplanbespreking) leiding aan de cyclische behandelplanning;
- draagt zorg voor en het afnemen van ROM metingen;
- behoudt overzicht over het totale behandelproces en de rol daarin van de afzonderlijke behandelteamleden;
- draagt zorg voor de informatie aan de patiënt en/of stemt met andere hulpverleners die bij de behandeling betrokken zijn af wie als vast informatiepunt optreedt;
- bewaakt de grenzen van de eigen competentie en roept hulp van collegae in wanneer dit geïndiceerd is of wanneer de patiënt dit expliciet verlangt.

De regiebehandelaar en professional overleggen in ieder geval bij:

- diagnostiek;
- (beslissing tot) aan- of afwezigheid indicatie voor hulpverlening;
- incidenten;
- calamiteiten die melding behoeven.

De professional niet zijnde psychiater overlegt in ieder geval met een psychiater bij:

- farmacotherapie;
- somatische aspecten van de behandeling;
- suïcidaliteit;
- dwingendrechtelijke Bopz-taken en beslissingen rondom dwangtoepassing.

Over opname en ontslag beslist in alle gevallen een psychiater. Het uitgangspunt is dat de bij de

behandeling betrokken professionals handelen op basis van de voor de beroepsgroep geldende standaarden.

### 3.2 De behandelaar

De behandelaar handelt in overeenstemming met de geldende professionele (wetenschappelijke) standaard. Het desbetreffende aandeel van de behandelaar is vooraf besproken en vastgelegd in het individuele behandelplan, het zorgprogramma en/ of zoals deze voortvloeien uit de wet-ven regelgeving. Daarnaast, is de behandelaar verantwoordelijk voor het deskundigheidsgebied waarvoor hij / zij is opgeleid. Het is van belang dat de bekwaamheid en deskundigheid op peil wordt gehouden ofwel uitgebreid, zodanig dat hij voldoet aan de eisen die in redelijkheid aan hem als hulpverlener mogen worden gesteld. De instrumenten supervisie en intervisie zijn hier van essentieel belang. De specifieke verantwoordelijkheden en taken van de behandelaar zijn:

- De behandelaar geeft binnen het kader van het behandelplan zelfstandig uitvoering aan (delen van) het behandelplan ofwel zorgprogramma
- De behandelaar is verantwoordelijk voor het eigen handelen
- De behandelaar voorziet de regiebehandelaar periodiek en op tijd van relevante informatie aan de hand van de MDO, zodat deze zijn verantwoordelijkheden kan waarmaken.
- De behandelaar volgt aanwijzingen van de regiebehandelaar op voor zover deze verenigbaar zijn met zijn/haar eigen deskundige oordeel en meldt expliciet bij de regiebehandelaar wanneer hij geen gevolg geeft aan diens aanwijzingen.
- Bij afsluiting van zijn/ haar deel van de behandeling stelt hij de regiebehandelaar daarvan in kennis.

Indien de behandelaar een meningsverschil of een verschil in inzicht heeft met de regiebehandelaar over de aspecten van de te volgen behandeling, kan de behandelaar beroep doen op de opgestelde escalatieprocedure. Als het verschil van inzicht verplichte zorg betreft wordt het aangekaart bij hoofd-Psychiater.

#### **16c. De voortgang van de behandeling wordt binnen Stichting Surya als volgt gemonitord (zoals voortgangsbespreking behandelplan, evaluatie, vragenlijsten, ROM):**

De voortgang van de behandeling worden geanalyseerd aan de hand van voortgangsbesprekingen ( MDO), behandelplannen en evaluaties.

#### **16.d Binnen Stichting Surya 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):**

Tijdens MDO's, ROM en tussentijdse evaluaties.

#### **16e. De tevredenheid van patiënten/cliënten wordt binnen Stichting Surya op de volgende manier gemeten (wanneer, hoe):**

De tevredenheid van de patiënten worden twee keer per jaar gemeten a.d.h.v. cliententevredenheidsonderzoek.

### **17. Afsluiting/nazorg**

#### **17a. 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):**

Bij de afsluiting van de zorg beraadslaagt de regiebehandelaar met de patiënt en eventueel zijn direct betrokken de resultaten, en mogelijke vervolgstappen van de behandeling. Het (huis)arts of andere verwijzer wordt indien er geen bezwaren zijn van de patiënt middels een afrondingsbrief op de

hoogte gesteld. Bij een vervolgbehandeling, wordt de verwijzer met gericht advies voorzien. De vervolgbehandelaar wordt in het vervolg van de behandeling op de hoogte gehouden van het verloop van de behandeling en ontvangt een vervolgadvis van de behaalde resultaten. Een afschrift van de afrondingsbrief is voldoende. In dit proces worden ook de eventuele naasten van de patiënt geïnformeerd. De regiebehandelaar geeft zijn / haar volmacht in het beëindigen van de DBC. De regiebehandelaar handelt conform de NZa-regelgeving, hoofdstuk 2: sectie 2.6 ( NZa, 2016).

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

Dit word gedaan volgens het protocol nazorg.

## IV. Ondertekening

**Naam bestuurder van Stichting Sarya:**

Pinar Boral- Yildiz

**Plaats:**

Rotterdam

**Datum:**

31-10-2016

**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](http://www.ggzkwaliteitsstatuut.nl) toe:**

Een afschrift/kopie van het binnen de instelling geldende kwaliteitscertificaat (HKZ/NIAZ/JCI en/of ander keurmerk);

Een kopie van de overeenkomst met SBG voor aanlevering van ROM-gegevens;

Zijn algemene leveringsvoorwaarden;

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