

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: Buro3o
Hoofd postadres straat en huisnummer: Bernadettestraat 10
Hoofd postadres postcode en plaats: 5248AP Rosmalen
Website: www.buro3o.nl
KvK nummer: 51669285
AGB-code 1: 73732855

2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt

Naam: E Harleman
E-mailadres: directie@buro3o.nl
Tweede e-mailadres: info@buro3o.nl
Telefoonnummer: 0735224511

3. Onze locaties vindt u hier

Link: www.buro3o.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).:

Buro3o biedt behandeling, BG en SGGZ en specialistische begeleiding voor jeugd en jong volwassenen met psychiatrische problematiek, voortkomend uit ontwikkelingsstoornissen zoals autisme, ADHD en aanverwante psychiatrische problematieken. Aandachtsgebieden zijn autisme in samenhang met complexe psychiatrische problematiek, zoals stemmingswisselingen en psychotische kwetsbaarheid. Buro3o biedt integrale behandelingstrajecten zowel op locatie, ambulantly als in daggroepen en beschermd wonen. Het netwerk en naasten worden betrokken in het zijn altijd onderdeel van een integraal behandel- en begeleidingproces. E health toepassingen zijn vast onderdeel van het primair en behandelproces en worden uitgevoerd met modules van Embloom en Karify. Buro3o bejegt de cliënt vanuit haar kernwaarden: Vertrouwen in de organisatie, in een veilige omgeving en behandelrelatie, medewerkers werken in verbinding met de cliënt en volharden in de relatie met respect voor ieders unieke persoonlijkheid, achtergrond, kwaliteiten en tracht samen met de cliënt de hulpvraag om te zetten in een persoonlijk en passend herstelondersteund zorgaanbod.

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

Aandachtstekort- en gedrags
Pervasief
Overige kindertijd
Schizofrenie
Depressie
Bipolair en overig
Angst

Restgroep diagnoses

Dissociatieve stoornissen

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

Nee

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

Mensen met een (licht) verstandelijke beperking

5. Beschrijving professioneel netwerk:

Buro3o is instelling voor behandeling jeugd met name gemeente regio Meierij. Brabant Noord Oost, centrumgemeente s'Hertogenbosch. De zorg is georganiseerd in kleinschalige teams voor behandeling, ambulante begeleiding, groepsaanbod en beschermd wonen. Directe Samenwerking met sociale wijkteams en huisartsen en wachtlijstoverleg met meerdere GGZ partners in de regio. Samenwerking Viersprong, SGGZ, Koraalgroep la Salle, Amarant, Herlaarhof GGZ, Buro de Basis. jeugd en overlegtafels meierij gemeenten en veldtafel regio overleg voor beschermd wonen.

6. Buro3o heeft aanbod in:

de generalistische basis-ggz: GZ Psycholoog

Klinisch Psycholoog

Psychiater

de gespecialiseerde-ggz: Klinisch Psycholoog

Psychiater

7. Structurele samenwerkingspartners

Buro3o 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):

GGZ Reinier van Arkel, Herlaarhof functie samenwerken in de keten, vervolgzorg of crisiszorg of opname toeleiding.

GGZ Oost Brabant, samenwerken in de keten

GGZ Viersprong, samenwerking in ontwikkeling methodieken en aansluiting op systemische component.

Buro de Basis, aansluiting 18- naar 18+ behandeling.

OPH, overleg passende hulp, gemeente s'Hertogenbosch

II. Organisatie van de zorg

8. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

Buro3o ziet er als volgt op toe dat:

8a. Zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn:

Zorgverleners/behandelaren van Buro3o voldoen aan de eisen van bekwaam en bevoegd, bij indiensttreding wordt deze getoetst en verwerkt in SDB, personeelsdossier en register HR manager. Verantwoording voor opstellen en toezicht op beleid bekwame medewerkers is verwerkt in opleidingplan: uitwerking regelingen voor inzet intervisie, supervisie voor BIG en SKJ geregistreerde behandelaren/begeleiders en deskundigheidsbevordering en opleidingen. Uitvoering hiervan geschiedt onder verantwoording bestuur/MT. Verplichting voor opleiding bij aantreden is medicatietraining, BHV, 113 sulcidepreventie en volgen van regelmaat van intervisie/supervisie passend bij de professie van de zorgverlener. Toets op volgen richtlijnen passend bij de professie van zorgverlener volgt in jaargesprekken en toetsing van de organisatie op uitvoering van beleid door ISO audit, jaarlijks. Verantwoording en taken en bevoegdheden zijn vastgelegd in professioneel statuut.

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

Behandelaren van Buro3o worden geachte kennis te hebben over de gelede zorgstandaarden voor de doelgroep die zij behandelen en worden geacht te werken volgens deze richtlijnen deze na te

leven in de algehele uitvoering van hun werk ofwel kunnen motiveren waarom in de norm hiervan is afgeweken in de uitvoering van zorg voor de individuele cliënt. Onder de professionele standaarden vallen alle richtlijnen, gedragscodes, zorgstandaarden, veldnormen en alle actuele beschrijvingen die betrekking hebben op een deel of specifiek deel van de behandeling en het integrale zorgproces, als dit noodzakelijk is om kwalitatief de beste passende zorg te bieden aan de cliënt.

8c. Zorgverleners hun deskundigheid op peil houden:

Buro3o biedt behandelaren, zorgverleners de ruimte om in de uitvoering van hun werk aan de verplichtingen te kunnen voldoen om hun kennis, bevoegd en bekwaamheid op peil te houden dmv verplichte intervisie, intercollegiale toetsing, supervisie bijeenkomsten met gelijken, regiebehandelaren en/of SKJ geregistreerde voor begeleiders. Daarnaast wordt tijd geboden voor het volgen van referaten, seminars en congressen voor de psychiaters om aan de verplichte scholingsuren te kunnen voldoen. Alle medewerkers van Buro3o hebben een persoonlijk ontwikkelbudget per jaar voor deskundigheidsbevordering.

Dit alles is beschreven in het opleidingsplan en project deskundigheidsbevordering, waarin wensen voor scholing van de verschillende divisies wordt gepeild per jaar. Opleidingsplan valt onder verantwoording van bestuur en MT, uitvoering van de structuur valt onder manager kwaliteit. Deze is verantwoordelijk voor de planning, uitvoering en borging hiervan. De BIG geregistreerde zijn daarnaast zelf verantwoordelijk deskundigheid en bekwaamheid op peil te houden volgens de geldende richtlijn van de beroepsgroep. Zij zijn geregistreerd in het kader van de wet BIG, Beroepen Individuele Gezondheid. Dit wordt getoetst door visitatie van de RINO, audit van de ISO en onderliggend door de toets in jaargesprek of aan opleidingseisen is voldaan. Daarnaast wordt van alle medewerkers een Verklaring Omtrent Gedrag gevraagd.

9. Samenwerking

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

Ja

9b. Indien de organisatie gespecialiseerde-ggz levert: Binnen Buro3o is het multidisciplinair overleg en de informatie-uitwisseling en -overdracht tussen regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren als volgt geregeld:

De samenwerking in de instelling is beschreven in het professioneel statuut. Regie behandelaren zijn voorzitter van het MDO. Alle behandelaren/begeleiders werken samen in multidisciplinaire teams en per team zijn afspraken gemaakt over frequentie van overleg, aanmelding, op en afschalen van zorg en passende zorg. De regiebehandelaar beslist vanuit de functie in aanmeldteam of de organisatie passende en kwalitatieve verantwoorde zorg kan leveren op de hulpvraag van de cliënt. De regiebehandelaar laat zich vervolgens informeren in het MDO om de lijn in verantwoorde, veilige en kwalitatieve behandeling te kunnen garanderen. In elke MDO is psychiater of Klinisch Psycholoog de voorzitter van het MDO als regiebehandelaar. In samenwerking met medebehandelaren neemt een ieder de eisen van privacy en beroepsgeheim in acht. Op en afschalen is altijd onderwerp van de behandelplan evaluatie in de lijn van de behandeling van de cliënt. Verslaglegging van MDO vindt plaats in EPD door uitvoerend behandelaar en uitkomsten worden gedeeld met cliënt en naasten/familie. Mochten deze niet betrokken zijn dan spant de behandelaar zich tot het uiterste in om deze te betrekken in het proces en het behandelverloop.

9c. Buro3o hanteert de volgende procedure voor het op- en afschalen van de zorgverlening naar een volgend respectievelijk voorliggend echelon:

Ieder cliënt wordt met regelmaat volgens de geldende afspraak van de behandel, begeleidingseenheid besproken in MDO waarbij op en afschalen onderdeel is van de behandelplan evaluatie. In samenspraak en samenwerking met alle zorgpartners vindt afstemming plaats over voortgang van het behandeltraject. Tijdens de evaluatie wordt met cliënt de voortgang besproken over continuering, bijstelling, op en afschalen van behandeling. Er kan naar aanleiding van de evaluatie ook sprake zijn van consulatie zowel intern als extern om te beoordelen of op of

afschalen van zorg tot de mogelijkheden behoort. Uitvoerend behandelaar vraagt consent aan cliënt en behandelplan met beschreven afspraken uit de evaluatie wordt ondertekend door cliënt en behandelaar. Borging van het proces door bespreken in MDO met tijdspas genoemd in behandelplan en akkoord op het proces door ondertekening van zowel cliënt als behandelaar.

9d. Binnen Buro3o geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de volgende escalatieprocedure:

Wanneer er een meningsverschil is ontstaan tussen behandelaren over de inhoud en zorg voor de cliënt kan dit leiden tot een escalatie. Om dit te voorkomen of er verantwoord in te handelen kunnen professionals, elkaar hierop aanspreken. Wanneer een behandelaar of begeleider het niet eens is met de regie behandelaar en zijn of haar beleid of besluit, of wanneer er een verschil is in toepassing of vertaling van de zorgstandaard of richtlijn kan de zorgverlener zich richten op de eerste geneeskundige of de primus inter pares van het behandelarenteam. Mocht dit niet tot een adequate of voldoende eenstemmige oplossing leiden dan kan met zich samen met de eerste geneeskundige richten tot bestuurder die samen met Manager van de eenheid behandeling en de geneeskundige hierover zal overleggen en adviseren.

10. Dossiervoering en omgang met patiëntgegevens

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

Ja

10b. In situaties waarin het beroepsgeheim mogelijk doorbroken wordt, gebruik ik de daartoe geldende richtlijnen van de beroepsgroep, waaronder de meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (bij conflict van plichten, vermoeden van kindermishandeling of huiselijk geweld), het stappenplan materiële controle en ik vraag het controleplan op bij de zorgverzekeraar (bij materiële controle):

Ja

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

Ja

11. Klachten en geschillenregeling

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

Upload van uw klachtenregeling op www.ggzkwaliteitsstatuut.nl

11b. Patiënten kunnen met geschillen over behandeling terecht bij

Naam geschilleninstantie waarbij instelling is aangesloten: Geschillencommissie Zorg

Contactgegevens: www.degeschillencommissie.nl Postbus 90600 5209LP Den Haag 070-3105310

De geschillenregeling is hier te vinden:

Upload van uw geschillenregeling op www.ggzkwaliteitsstatuut.nl

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

12. Wachtijd voor intake en behandeling

Patiënten vinden informatie over wachttijden voor intake en behandeling via deze link of document (en kunnen deze telefonisch opvragen). De informatie is gerangschikt naar generalistische basis-ggz en/of gespecialiseerde ggz, en –indien het onderscheid van toepassing is– per zorgverzekeraar en per diagnose.

Link naar wachttijden voor intake en behandeling: www.buro3o.nl/wachttijden

13. Aanmelding en intake

13a. De aanmeldprocedure is in de organisatie als volgt geregeld (zoals: wie ontvangt de telefonische aanmelding, wie doet de intake, hoe verloopt de communicatie met de patiënt):

Aanmeldprocedure is geregeld en beschreven in primair proces:

1. telefonische aanmelding bij secretariaat en screening aanmeldfunctionaris
2. opvragen verwijsbrief, verificatie ID, zorgverzekeringspas, toets verzekeringsrecht.
3. aanmaken dossier en sturen 1e ROM, dossier in EPD
4. secretariaat maakt afspraak 1e datum intake met datum en locatie behandelaar en stuurt cliëntenfolder over trajecten mee.
5. mail of schrijven ter bevestiging datum van intake en toestemmingsformulier voor uitwisselen informatie, opvragen oude behandelgegevens.
6. Intake met uitleg en informatie over voorwaarden behandeling, klachten, privacy, uitwisseling gegevens, behandelplan, evaluaties, MDO en eventuele inzet e-health.[met beslisondersteunend instrument]
7. Start behandeling, client heeft contact gegevens behandelaar, regiebehandelaar en instelling.

13b. Binnen Buro3o wordt de patiënt/cliënt terugverwezen naar de verwijzer –indien mogelijk met een passend advies- indien geen passend aanbod heeft op de zorgvraag van de patiënt/cliënt:

Ja

14. Diagnostiek

Beschrijf hoe de intake en diagnose binnen Buro3o 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):

Intakeproces:

- 1 na aanmelding en planning intake door secretariaat in opdracht van aanmeldfunctionaris planning afspraak client
- 2.intakefase screening door regiebehandelaar en uitvoerend behandelaar [medebehandelaar]
- 3 opstellen behandeladvies en voorlopig behandelplan
- 4 toewijzing van behandelteam met naamstelling regiebehandelaar en planning in MDO
- 5.bericht verwijzer over inzet behandeling met naam behandelaar en regiebehandelaar
6. start uitvoering diagnostiek en behandeltraject

Verantwoording behandelaren en regiebehandelaar beschreven in professioneel statuut.

15. Behandeling

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

Na aanmelding volgt screening met regiebehandelaar, die stelt vast welke regiebehandelaar welk team en welke medebehandelaren al dan niet worden betrokken. Uitvoerend behandelaar van team plant met regiebehandelaar de intake. Intake leidt tot behandeladvies en voorlopig behandelplan en advies. Client krijgt uitleg over zorg en behandelmogelijkheden, doelen waaraan gewerkt kan worden, te verwachte effecten of neveneffecten van behandeling, eventuele behandelduur verwachting en cliëntenfolder met informatie over zorgstandaard of richtlijn. Familie, naasten kunnen betrokken worden in mogelijkheden. Later in behandelfase maar minimaal na 6 weken zal behandelplan concreet uitgewerkt worden en besproken met cliënt en in alle evaluaties, opeenvolgend met 6 weken. Behandelplan omvat: omschrijving hulpvraag van cliënt, doelen van zorg, wijze en tijdsplan waarin getracht wordt doelen te bereiken, wie de zorg uitvoert, met welke regelmaat, wie regiebehandelaar is en wie betrokken als medebehandelaar, wie waarvoor verantwoordelijk is, wanneer de zorginzet geëvalueerd wordt, hoe de cliënt kan reageren of vragen kan stellen over behandelplan en verloop, wanneer de verwijzer geïnformeerd wordt. Aanwijzing hoe te handelen in crisis en contactgegevens zijn vermeld in plan. Behandelplan blijft gedurende gehele verloop van behandeling beschikbaar voor cliënt en wordt besproken 1 of 2 wekelijks in MDO, waarin

in ieder geval regiebehandelaar in functie Klinisch Psycholoog of Psychiater aan deel neemt. Cliënt wordt over bereikbaarheid en werktijden [regie]behandelaren.

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

Regie behandelaar is degene die belast is met de totale regie van de behandeling van de cliënt van hem/haar zelf, als van eventuele medebehandelaars van het multi disciplinaire team. Naast aanspreekpunt in behandeling voor cliënt is regiebehandelaar ook aanspreekpunt voor naasten en familie. Taken van regiebehandelaar is zorg dragen voor de coördinatie en continuïteit in het behandelproces door afstemming met overige betrokken behandelaren en door verantwoording te nemen over de integraliteit van het zorgproces. Regiebehandelaar overtuigd zich van bevoegd en bekwaamheid van mede behandelaren en voor effectuering van op en afschalen van zorg en voor adequate dossiervoering.

15c. De voortgang van de behandeling wordt binnen Buro3o als volgt gemonitord (zoals voortgangsbespreking behandelplan, evaluatie, vragenlijsten, ROM):

Voortgang van het behandelproces wordt vanaf de start met eerste ROM meting getoetst, met aanvullende vragenlijsten of meetinstrumenten diagnostisch. Tijdens de behandeling wordt de voortgang getoetst in het multi- disciplinair behandeloverleg en door periodieke evaluaties van de regiebehandelaar zo mogelijk met cliënt, eventueel met tussentijdse ROM meting. Frequentie van evaluaties is minimaal per 3 maanden of zoveel eerder als het zorgproces tijdens de behandeling vereist. De planning van evaluaties wordt vastgelegd in behandelplan en doorgesproken met cliënt. Tijdens de evaluaties wordt het voortgangsverslag besproken in MDO en met cliënt. Indien de behandeling moet worden bijgesteld wordt dit opgenomen in behandelvoortgang en zo nodig nieuw behandelplan opgesteld en als de behandeling dit vereist kan er afstemming volgen voor advies en consultatie of een doorverwijzing plaatsvinden. Bij afsluiten van de behandeling volgt afname van eindROM en CQi vragenlijst voor toets op cliënttevredenheid.

15d. Binnen Buro3o 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):

Doelmatigheid en effectiviteit van behandeling worden getoetst in evaluaties, dit wordt besproken in multi disciplinair overleg en wordt vastgelegd in voortgangsverslag als evaluatie van behandelplan. Doelmatigheid van zorg wordt dus minimaal per 3 maand vastgelegd. Doelen van zorg en effectiviteit worden getoetst door GAS score, per evaluatie moment en bij afsluiten van zorg. Bij afsluiten zorg dient regiebehandelaar aan te geven of alle doelen uit behandelplan zijn behaald of deels zijn behaald met welke onderliggende feiten en argumentatie.

15e. De tevredenheid van patiënten/cliënten wordt binnen Buro3o op de volgende manier gemeten (wanneer, hoe):

Clienttevredenheid wordt getoetst in afstemming met behandelaar tijdens het gehele behandeltraject. Bij afloopt behandeling wordt dit getoetst door de afname van CQi en door bevragen van rapportcijfer van cliënt en van naasten [ouders familie]. Voor jeugd wordt deze meting opgenomen in CBS spiegelrapportage. Algehele clienttevredenheid van de instelling wordt jaarlijks of tweejaarlijks afgenomen door de Monitorgroep.

16. Afsluiting/nazorg

16a. De resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen worden als volgt met de patiënt/cliënt en diens verwijzer besproken (o.a. informeren verwijzer, advies aan verwijzer over vervolgstappen, informeren vervolgbehandelaar, hoe handelt instelling als patiënt/cliënt bezwaar maakt tegen informeren van verwijzer of anderen):

Na intake wordt met client voorlopig behandelplan doorgesproken en ondertekend door client, ook toestemmingsverklaring wordt getekend voor communicatie met verwijzer en naasten. Client wordt geïnformeerd tijdens bevestiging van de afspraak voor intake en met cliëntenfolder. Op de site zijn de wijze van informeren aan cliënten en verwijzers te lezen. Na intake krijgt verwijzer kort bericht van start behandeling, bij afsluiten wordt afsluitbericht met verloop behandeling naar verwijzer gestuurd per post. Is er sprake van overdracht vervolgbehandeling gebeurt dit tijdens warme overdracht telefonisch met toestemming van cliënt of met verwijsbericht of face tot face overdracht, in bijzijn van cliënt en of naasten.

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

Na afsluiting van zorg is de verwijzer, huisarts of gemeente op de hoogte gesteld van beëindiging zorg en is op de hoogte van behandeling en vervolg afspraken en wat te doen bij recidief of crisis, tenzij cliënt hier bezwaar tegen maakt. Bij terugval na afsluiting zorg kan cliënt contact opnemen met de huisarts of in geval van jeugdzorg met betreffende gemeente, die dan een heraanmelding kan doen. Binnen drie maanden na afsluiting kan verkorte intake plaatsvinden. Bij acute crisis dient cliënt contact op te nemen met huisarts met vermelding van de aard van de crisis en huisarts zal dan doorverwijzen naar crisisdienst GGZ in de regio. Contactgegevens crisis en spoedzorg binnen en buiten kantooruren zijn vermeld op de site van instelling.

IV. Ondertekening

Naam bestuurder van Buro3o:

E.J.M.Harleman

Plaats:

Rosmalen

Datum:

21-07-2021

Ik verklaar dat ik me houd aan de wettelijke kaders van mijn beroepsuitoefening, handel conform het model kwaliteitsstatuut en dat ik dit kwaliteitsstatuut naar waarheid heb ingevuld:

Ja

Bij het openbaar maken van het kwaliteitsstatuut voegt de ggz-instelling de volgende bijlagen op de registratiepagina van www.ggzkwaliteitsstatuut.nl toe:

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

Zijn algemene leveringsvoorwaarden;

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