

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 Hulphond Nederland
Hoofd postadres straat en huisnummer: Broekstraat 31
Hoofd postadres postcode en plaats: 5373KD Herpen
Website: www.hulphond.nl
KvK nummer: 09114583
AGB-code 1: 73736496

2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt

Naam: Thierry van den Heuvel
E-mailadres: t.vdenheuvel@hulphond.nl
Tweede e-mailadres
Telefoonnummer: 0651275316

3. Onze locaties vindt u hier

Link: <https://hulphond.nl/therapie-en-coaching/locaties/>

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):

Het idee is ontstaan om het Nederlandse centrum voor dierondersteunde therapie en coaching te stichten: het Domingo House. In dit centrum is onze GGZ-expertise gebundeld voor jeugd en volwassenen. Er is kennis aanwezig op o.a. het gebied van klachten bij psychotrauma. En bovenal is een uniek programma ontwikkeld door Hulphond Nederland voor het herstellen van de verbinding tussen "hoofd en lichaam" waarin alle aanwezige kennis is samengebracht. In het programma is een balans gevonden voor de gecombineerde inzet van hulphonden en paarden, aangevuld met erkende behandel-elementen zoals in de reguliere zorg wordt geleverd.

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

Angst

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

Nee

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

5. Beschrijving professioneel netwerk:

Voor een succesvolle profilering en ontwikkeling van het Domingo House is de steun van een aantal strategische partners essentieel. Het betreft de volgende partijen:

- zorgverlenende instanties: voor doorverwijzing van cliënten en toegang tot nieuwe zorgverlenende instellingen;
- huisartsen: naast de doorverwijzingen zijn dit natuurlijk ook belangrijke stakeholders om mee te

nemen bij het nieuwe product en de resultaten

- Patiëntenverenigingen.
- Gemeente waar Domingo House wordt gevestigd: voor ontwikkeling van de locatie en toegang tot lokaal en provinciaal netwerk;
- Zorgverzekeraars: om gecontracteerde zorg te krijgen en daarmee langdurig het Domingo House te kunnen financieren, is de samenwerking met zorgverzekeraars van essentieel belang. Zij zijn belangrijke strategische partners;
- GGZ Nederland om het nieuwe innovatieve product voor het voetlicht te krijgen;
- Ambassadeurs van Hulphond Nederland: als woordvoerder bij mediamomenten op landelijk niveau, inzet van (media)netwerk en voor bereik onder het Nederlands publiek;

Het doel is om deze strategische partners nadrukkelijk deelgenoot te maken van de ontwikkeling van het Domingo House. Door hen vroeg in het proces te betrekken, wordt de grootste bijdrage verwacht.

6. Stichting Hulphond Nederland heeft aanbod in:

de gespecialiseerde-ggz: Categorie A cf. het Kwaliteitsstatuut GGZ 2022, inclusief inzet van bijbehorende opleidingsniveaus

7. Structurele samenwerkingspartners

Stichting Hulphond Nederland 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): Hulphond Nederland werkt ten behoeve van het Domingo House samen met de landelijke huisartsen, de Radboud Universiteit Nijmegen, het Zorg Instituut Nederland en de Zorgverzekeraars. Op cliëntniveau wordt afstemming gezocht met de overige betrokken behandela(a)r(en) teneinde het behandeltraject in te passen in de overige ondersteuningstrajecten van betreffende cliënt.

II. Organisatie van de zorg

8. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

Stichting Hulphond Nederland ziet er als volgt op toe dat:

8a. Zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn:

Als onderdeel van het aannamebeleid is opgenomen dat wij alleen nieuwe medewerkers aannemen die bevoegd zijn en over de juiste opleiding beschikken. In de relevante, openbare registers worden de diploma's en certificaten gecheckt. Een VOG dient te worden overlegd. Na indiensttreding wordt doorlopend gemonitord of de medewerkers voldoende worden bij- en nageschoold, zodat de kennis up to date blijft.

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

Middels werkbesprekingen wordt doorlopend getoetst of alle zorgverleners werken conform de professionele standaarden, de interne handboeken en protocollen en de vastgelegde methodiek. Indien nodig worden medewerkers getraind en gecoacht om zich de specifieke aspecten eigen te maken. Dit geldt zowel voor het therapeutische aspect met de cliënten alsook het werken met de dieren teneinde het welzijn van de dieren te waarborgen.

8c. Zorgverleners hun deskundigheid op peil houden:

Onze medewerkers dienen aangesloten te zijn bij de relevante beroepsvereniging(en). Vanuit deze verantwoordelijkheid dienen ze zich jaarlijks te laten bijscholen via geaccrediteerde opleidingen en cursussen. Ook het bezoeken van nascholingen, seminars, congressen etc. maakt hier onderdeel van uit.

9. Samenwerking

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

Ja

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

Eén keer per week is er multidisciplinair overleg. Hier worden notulen van gemaakt. Notulen die specifiek over een cliënt gaan worden in het dossier opgeslagen. Bij het overleg zijn o.a. maatschappelijke werkers, SPH-medewerkers, een GZ-psycholoog en/of een psychiater betrokken. Daarnaast is sprake van tweewekelijks werkoverleg en zeswekelijkse intervisie.

Het team van behandelaren bestaat uit de juiste mix van professionals die ieder vanuit hun eigen discipline en verantwoordelijke professional betrokken is bij de totstandkoming, uitvoering en evaluatie van de behandeling van de cliënt. Kennis van de laatste stand van zaken op het gebied van de behandeling en inzichten op het gebied van psychotrauma wordt van de behandelaren verwacht. Daarnaast zal de organisatie de behandelaren in de gelegenheid stellen om aan verdieping op te doen van kennis. Door de verschillende beroeps- en ervaringsachtergronden en de juiste kennis van de stand van zaken op het gebied van ons effectieve behandelprogramma voor psychotrauma wordt het mogelijk dezelfde problematiek vanuit verschillende invalshoeken te bezien. Hierdoor kan optimaal passende zorg mogelijk gemaakt worden voor de cliënt. Door bespreking van de cliënt en diens proces in het behandelteam wordt de kans vergroot dat de cliënt de best mogelijke behandeling krijgt aangeboden. Tijdens of na de behandeloverleg worden de afspraken en andere relevante zaken vastgelegd in het dossier van de cliënt, alsmede- indien aan de orde- het aangepaste behandelplan. De behandelaar bespreekt de conclusies van het behandeloverleg en het voorstel voor hoe verder in de eerst volgende afspraak met de cliënt. Indien het voorstel afwijkt van hetgeen met de cliënt is besproken, wordt zijn/haar instemming hiervoor gevraagd en vastgelegd. Het team komt iedere twee weken bij elkaar.

In geval van crisis/risico's: Op het moment dat het voor de behandelaar tussentijds duidelijk wordt dat het behandelplan moet worden aangepast omdat er sprake is van crisis bij en/of risico voor de cliënt en/of zijn omgeving, neemt de behandelaar contact op met de adviserende psychiater. Op grond van dit overleg maakt de behandelaar een aangepast voorstel voor het behandelplan en bespreekt dit met de cliënt met het oog op het verkrijgen van haar/zijn instemming. Het aangepaste behandelplan wordt opgenomen in het dossier van de cliënt.

Totstandkoming besluiten:

De behandelaar heeft een zelfstandige rol. De aanwezigheid van een psychiater in een adviserende rol bij het behandelaanbod aan de cliënt impliceert geenszins een superviserende rol vanuit deze discipline maar dient ter aanvulling van de benodigde kennis en ervaring.

De behandelaar coördineert de afstemming tussen alle betrokken professionals en mogelijk spoedeisende zorg. De behandelaar draagt er zorg voor dat de besluitvorming op cruciale momenten in de behandeling plaatsvindt en in het behandelteam wordt afgestemd en getoetst. Dit is minimaal bij wijziging behandelplan, ontslag, (dreigende) crisis en afronding van de behandeling. De behandelaar ziet er tevens op toe dat de cliënt hierbij betrokken is en dat de cliënt instemt met de aanpassingen in het behandelplan. Het overleg is gericht op overeenstemming door middel van gezamenlijke besluitvorming. Indien een verschil van mening niet tot een oplossing komt, treedt de escalatieprocedure in werking. Hiervan kunnen alle bij de behandeling betrokken behandelaren gebruik maken.

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

In het geval cliënten in de nazorg zitten zijn we flexibel en kunnen op- en afschalen als het moet.

Wanneer een situatie bij de cliënt bijvoorbeeld verslechterd (dreiging van suïcide bijvoorbeeld) kunnen we een psychiater, klinisch psycholoog inschakelen of een ander echelon betrekken.

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

In het geval er een verschil van inzicht is bij de betrokken zorgverleners wordt het overleg breder getrokken. Er kunnen dan 2 of 3 collega's aanschuiven bij een eventueel (spoed)overleg. Finale besluitvorming is de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar, waarbij advies gevraagd kan worden aan (externe) psychiaters cf. klinisch psycholoog en waarbij de hoofd behandeling aansluit. Zie ook de beschrijving het in het professioneel statuut.

Op het moment dat er een verschil van mening of inzicht bestaat over de behandeling van een patiënt tussen de professionals die bij de behandeling zijn betrokken dat niet kan worden overbrugd kan elke (regie)behandelaar gebruik maken van de escalatieprocedure. Hij schakelt daarvoor de directeur van Hulphond of Hoofd behandeling in en legt de casus voor met het verzoek in deze te adviseren. Dit advies is zwaarwegend, niet vrijblijvend en wordt geacht opgevolgd te worden. Om tot zijn oordeel te komen moet de directeur/hoofd behandeling in ieder geval contact op met de betrokken behandelaren, van de cliënt en zo mogelijk de cliënt om hun standpunt te horen. Daarnaast wordt aan de psychiater die verbonden is als adviseur gevraagd om een professioneel advies. Op basis van dit overleg wordt door de directeur of hoofd behandeling een advies geformuleerd. Het advies van de directeur en/ of hoofd behandeling wordt in het dossier van de cliënt opgenomen en het behandelbeleid wordt dienovereenkomstig uitgevoerd. Indien het advies niet uitgevoerd wordt, wordt de verantwoordelijk inhoudelijk leidinggevende geacht actie in deze te ondernemen opdat het advies alsnog ten uitvoer wordt gebracht.

10. Dossiervoering en omgang met patiëntgegevens

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

Ja

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

Ja

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

Ja

11. Klachten en geschillenregeling

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

Link naar klachtenregeling: <https://hulphond.nl/wp-content/uploads/2017/12/Klachtenprocedure-Hulphond-Nederland.pdf>

11b. Patiënten kunnen met geschillen over behandeling terecht bij

Naam geschilleninstantie waarbij instelling is aangesloten:

<https://www.degeschillencommissiezorg.nl/>

Contactgegevens: 070 310 53 80

De geschillenregeling is hier te vinden:

Link naar geschillenregeling: <https://hulphond.nl/wp-content/uploads/2017/12/Klachtenprocedure-Hulphond-Nederland.pdf>

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.

Upload van uw document met wachttijden voor intake en behandeling op www.ggzkwaliteitsstatuut.nl

13. Aanmelding en intake

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

De aanmeldingsprocedure is zorgvuldig opgezet teneinde te waarborgen dat er de juiste match ontstaat tussen de potentiële zorgvraag en de therapievorm zoals Stichting Hulphond deze aanbiedt. De client meldt zich per email aan bij het aanmeldloket van Stichting Hulphond Nederland. De client ontvangt vervolgens een aanmeldpakket met o.a. een aanmeldformulier. Na retournering van de ingevulde documenten wordt de client benaderd voor een eerste telefonische screening. Na dit screeningsgesprek wordt de client besproken in het Multi Disciplinair Overleg (MDO) van Stichting Hulphond. In dit MDO wordt een keuze gemaakt: een besluit tot intake, danwel een afwijzing van de client of suggestie voor doorverwijzing naar een andere (type) zorgverlener.

Indien besloten wordt tot een intake, wordt deze met de client ingepland. Na dit intake gesprek wordt client wederom besproken in het MDO. Daar volgt dan een definitief besluit tot behandelen. Indien besloten wordt tot behandelen, wordt de client uitgenodigd voor een startgesprek. In dit gesprek worden de aanpak, de doelen, de planning en eventueel andere aspecten besproken en vastgelegd. De client wordt aangemeld in het clientvolgsysteem, zodat registratie en declaratie kan gaan plaatsvinden. Daarna start het therapieproces.

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

Ja

14. Diagnostiek

Beschrijf hoe de intake en diagnose binnen Stichting Hulphond Nederland 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):

Cliënten die bij ons terecht komen hebben in de meeste gevallen al een diagnose; dit vanwege het feit dat we hele specifieke zorg leveren. Verwijzing komt ofwel van huisarts of vanuit reeds lopend behandeltraject. Zie vraag 13 voor het intakeproces.

15. Behandeling

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

Beschrijving 'startplan' is beschikbaar, doelstellingen en aanpak wordt hierin beschreven. Dit gebeurt in nauw overleg tussen cliënt, behandelaar, verwijzer en eventueel andere betrokkenen. Dit plan wordt doorlopend geüpdatet en besproken.

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):

Ja. Voor de beschrijving van de onderlinge samenwerking tussen betrokken zorgprofessionals: zie professioneel statuut.

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

Halverwege het traject hebben we een evaluatie moment. Verder wordt er voorafgaand aan het traject en achteraf gemonitord middels werkbesprekingen. Toetsing vindt plaats aan de hand van het zorgplan, de hierin opgenomen doelstellingen en fasering. Er wordt gebruik gemaakt van vragenlijsten die voorafgaande en bij de afsluiting van de behandeltrajecten door de cliënten worden ingevuld.

15d. Binnen Stichting Hulphond Nederland 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):

Halverwege het traject wordt de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling gemonitord aan de hand van een evaluatiegesprek. Een verslag hiervan wordt in het cliëntdossier opgeslagen. Eventuele naasten worden indien gewenst bij de behandeling en de evaluatie betrokken.

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

Aan het einde van het traject is er een tevredenheidsonderzoek. Dit wordt gemeten door een schriftelijke enquête.

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):

De verwijzer en de cliënt krijgen bij aanvang van het traject een brief met daarin beschreven welke facetten belangrijk zijn in de behandeling. Verder krijgen zij aan het einde van het traject een brief met een samenvatting en evaluatie van het traject en adviezen voor eventuele vervolgstappen.

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

Cliënten kunnen in geval van terugval altijd contact opnemen om nazorg te krijgen. We kunnen altijd het nazorgtraject en/of een deel van de behandeling opnieuw starten. In het geval van crisis kan er contact opgenomen worden met de huisarts en kan indien nodig spoedeisende hulp worden ingezet.

IV. Ondertekening

Naam bestuurder van Stichting Hulphond Nederland:

Eric Bouwer - Algemeen Directeur

Plaats:

Herpen

Datum:

05-03-2021

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.