

Kwaliteitsbeleid Huis Voor Bewustzijn B.V.

Instelling: Huis Voor Bewustzijn B.V.

Versie: 1.4

Datum vaststelling: 03-11-2025

Vastgesteld door: Directie Huis Voor Bewustzijn B.V.

Inwerkingtreding per: 01-12-2025

Documentbeheerder: kwaliteitsfunctionaris

1. Inleiding en doel

Huis Voor Bewustzijn B.V. (HvB) is een instelling voor ambulante generalistische basis GGZ in Amsterdam. Wij bieden behandeling aan (jong)volwassenen met psychische klachten, traumagerelateerde problematiek, stress- en spanningsklachten en ontwikkelingsvragen.

Met dit kwaliteitsbeleid beschrijven wij hoe HvB de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg structureel borgt en verbetert. Dit document vormt het overkoepelende kader boven:

- de Jaarlijkswaardecyclus (PDCA)
- het Kwaliteitsjaarplan
- het Veiligheidsplan
- het Incidenten- en VIM-beleid
- het Risicomanagementbeleid
- het Privacy- en Informatiebeveiligingsbeleid

Het kwaliteitsbeleid sluit aan op:

- het Kwaliteitsstatuut GGZ – instelling
- het Professioneel Statuut Huis Voor Bewustzijn B.V.
- relevante wet- en regelgeving (Wkkgz, WGBA, Wet BIG, AVG, ZPM).

Doel van dit document is:

1. helder vastleggen wie waarvoor verantwoordelijk is;
2. beschrijven hoe we kwaliteit en veiligheid systematisch sturen;
3. laten zien welke instrumenten en documenten we daarvoor gebruiken.

2. Visie op kwaliteit van zorg

Bij HvB zien wij kwaliteit als de samenhang tussen:

Huis voor Bewustzijn Psychologenpraktijk

Locatie Oud-Zuid – Willemsparkweg 176, 1071 HT Amsterdam | **Locatie Centrum** – Rokin 92-96, 1012 KX Amsterdam

Praktijk AGB-code: 94069335 | KvK: 97892831 | IBAN: NL55INGB0114314888

- inhoudelijke kwaliteit: behandelen volgens de professionele standaard en zorgstandaarden;
- ervaren kwaliteit: cliënten voelen zich gezien, gehoord en veilig;
- veiligheid: risico's worden tijdig gesignaleerd, besproken en beheerst;
- continuïteit: cliënten kunnen rekenen op bereikbaarheid, duidelijke afspraken en zorgvuldige overdracht.

Belangrijke uitgangspunten zijn:

- Cliëntgericht en herstelgericht werken – behandeling sluit aan bij de hulpvraag, doelen worden samen met de cliënt geformuleerd.
- Professionele autonomie in verbinding – behandelaren hebben ruimte voor professioneel handelen binnen de kaders van instelling, wet- en regelgeving.
- Lerend netwerk – we zien incidenten, klachten en feedback als bron voor verbetering.
- Transparantie – wij leggen verantwoording af over onze werkwijze naar cliënten, verwijzers en toezichthouders.

3. Kwaliteitsstructuur en verantwoordelijkheden

De kwaliteitsstructuur van HvB is uitgewerkt in het Professioneel Statuut. In dit kwaliteitsbeleid lichten wij de belangrijkste verantwoordelijkheden toe.

3.1 Directie

De directie van HvB is eindverantwoordelijk voor:

- het kwaliteitsbeleid en de jaarlijkse actualisatie daarvan;
- het vaststellen van de Jaarlijkswaliteitscyclus (PDCA) en het Kwaliteitsjaarplan;
- het beschikbaar stellen van voldoende tijd, middelen en ondersteuning voor kwaliteitsactiviteiten;
- het borgen van veiligheid, privacy en informatiebeveiliging op instellingsniveau;
- het vaststellen van beleidsdocumenten en protocollen.

3.2 Regiebehandelaren

Regiebehandelaren (GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, psychiater) zijn verantwoordelijk voor:

- de zorginhoudelijke kwaliteit van diagnostiek en behandeling;
- het opstellen, evalueren en bijstellen van behandelplannen;
- het bewaken van veiligheid en risico's per casus (suïcidaliteit, huiselijk geweld, kindermishandeling, escalatie);
- actieve inbreng in MDO's, intervisie en kwaliteitsbesprekingen;

Huis voor Bewustzijn Psychologenpraktijk

Locatie Oud-Zuid – Willemsparkweg 176, 1071 HT Amsterdam | **Locatie Centrum** – Rokin 92-96, 1012 KX Amsterdam

Praktijk AGB-code: 94069335 | KvK: 97892831 | IBAN: NL55INGB0114314888

- het signaleren van knelpunten in kwaliteit en het doen van verbetervoorstellen.

3.3 Behandelaren en overig personeel

Alle behandelaren en ondersteunende medewerkers:

- werken conform protocollen en richtlijnen van HvB;
- melden incidenten en (bijna-)fouten via de VIM-procedure;
- dragen bij aan dossiervoering volgens WGBA/AVG;
- nemen deel aan intervisie, scholing en functioneringsgesprekken.

3.4 Cliënten en naasten

Cliënten worden actief betrokken bij:

- het formuleren van behandeldoelen;
- het evalueren van de behandeling (mondeling, ROM, cliënttevredenheidsmetingen);
- het geven van feedback, complimenten en klachten.

Waar mogelijk betrekken we naasten, mits de cliënt hiermee instemt.

4. Jaarlijkswaarderingscyclus (PDCA) en kwaliteitsjaarplan

HvB werkt met een jaarlijkse PDCA-cyclus (Plan-Do-Check-Act), uitgewerkt in het document "Jaarlijkswaarderingscyclus (PDCA) hvb". Daarin is per jaar vastgelegd:

- welke waardeingsactiviteiten we uitvoeren;
- wie verantwoordelijk is;
- op welke momenten evaluatie en bijsturing plaatsvinden.

4.1 Plan – plannen en prioriteren

Jaarlijks stelt de directie, in overleg met regiebehandelaren en medewerkers, een Waarderingjaarplan op. Hierin staan onder andere:

- inhoudelijke waardeingsdoelen (bijv. verbeteren wachttijdcommunicatie, versterken suïcidepreventie);
- verbeteracties naar aanleiding van incidentenanalyse, klachten en audits;
- scholings- en intervisiedoelen;
- acties op het gebied van veiligheid, privacy en informatiebeveiliging.

4.2 Do – uitvoeren

Gedurende het jaar voeren we het Waarderingjaarplan uit. Voorbeelden:

- uitvoeren van scholing, intervisie en supervisie;
- periodieke MDO's;
- implementeren van nieuwe of aangepaste protocollen;
- uitvoeren van ROM- en cliënttevredenheidsmetingen.

4.3 Check – meten en evalueren

We toetsen de voortgang en effecten via:

- analyse van incidentmeldingen (VIM);
- evaluaties van calamiteiten en suïcide-incidenten (indien van toepassing);
- ROM-gegevens en cliënttevredenheid;
- interne dossiercontroles;
- periodieke besprekingen in teamoverleg en regiebehandelaarsoverleg.

De uitkomsten worden vastgelegd en teruggekoppeld aan team en directie.

4.4 Act – verbeteren en borgen

Op basis van deze evaluaties:

- stellen we het beleid en de protocollen bij;
- formuleren we concrete verbeteracties;
- nemen we besluiten over scholing, personele inzet of andere maatregelen.

Belangrijke verbeterpunten worden opgenomen in het Kwaliteitsjaarplan van het volgende jaar, zodat een doorlopende cyclus ontstaat.

5. Veiligheid, VIM en risicomanagement

Veiligheid is een integraal onderdeel van het kwaliteitsbeleid van HvB. De uitwerking hiervan staat in:

- Veiligheidsplan HvB;
- Calamiteiten- en IGJ-meldprocedure;
- Incidentenmeldsysteem VIM/MIC;
- Risicomanagementprocedure;
- Agressieprotocol & Veilig Incidenten Melden (VIM);
- Suïciderisicotaxatieprotocol;
- Veiligheidsprotocol & Meldcode (huiselijk geweld/kindermishandeling).

5.1 Risicomanagement

In de Risicomanagementprocedure staat beschreven:

- welke belangrijkste risico's HvB kent (o.a. suïcidaliteit, wachttijden, uitval personeel, dossiervoering, privacy);
- hoe deze risico's periodiek worden geïnventariseerd en beoordeeld;
- welke beheersmaatregelen worden genomen;
- hoe dit wordt gekoppeld aan de Jaarlijkswaardecyclus en het Kwaliteitsjaarplan.

5.2 Incidenten en VIM

Met het Incidentenmeldsysteem VIM/MIC en het VIM-formulier:

- melden medewerkers laagdrempelig incidenten, bijna-incidenten en onveilige situaties;
- worden meldingen geanalyseerd op patronen en oorzaken;
- worden, indien nodig, verbetermaatregelen geformuleerd.

Calamiteiten en geweld in de zorgrelatie worden, conform de Calamiteiten- en IGJ-meldprocedure, binnen drie werkdagen gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

5.3 Crisis, suïcidaliteit en meldcode

Voor (dreigende) crisissituaties en suïcidaliteit geldt:

- gebruik van het Suïciderisicotaxatieprotocol;
- het opstellen van een veiligheids- of crisisplan met de cliënt;
- gebruik van het Crisis- en Terugvalprotocol bij escalatie.

Bij signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling volgen medewerkers de Meldcode en raadplegen zij de aandachtsfunctionaris HGKM.

6. Privacy, dossiervoering en informatiebeveiliging

HvB hecht grote waarde aan de bescherming van persoonsgegevens en het medisch beroepsgeheim. Dit is uitgewerkt in:

- Privacy- en Informatiebeveiligingsbeleid;
- Privacyverklaring;
- Toegangsbeveiligingsbeleid Elektronisch Patiëntendossier (EPD);
- Dossiervoering- & Verslagleggingsprotocol;
- Verwerkersovereenkomsten met relevante partijen.

Belangrijke principes:

- alleen gegevens verwerken die noodzakelijk zijn voor goede zorg;
- toegang tot dossiers volgens het need-to-know-principe;

Huis voor Bewustzijn Psychologenpraktijk

Locatie Oud-Zuid – Willemsparkweg 176, 1071 HT Amsterdam | **Locatie Centrum** – Rokin 92-96, 1012 KX Amsterdam
Praktijk AGB-code: 94069335 | KvK: 97892831 | IBAN: NL55INGB0114314888

- dossiers worden minimaal 20 jaar bewaard, conform WGBO;
- medewerkers zijn gehouden aan beroepsgeheim en geheimhoudingsplicht;
- datalekken worden gemeld en geregistreerd volgens de datalekprocedure.

7. Monitoring, feedback en cliënttevredenheid

HvB gebruikt verschillende bronnen om kwaliteit te monitoren:

- ROM-gegevens en andere uitkomstmaten (waar passend);
- gestructureerde cliënttevredenheidsmetingen;
- klachten, complimenten en informele feedback;
- resultaten van incidentenanalyse en eventuele interne audits.

Uitkomsten worden besproken in:

- teamoverleggen;
- regiebehandelaarsoverleg;
- het jaarlijkse kwaliteitsgesprek in de directie.

Verbeterpunten worden opgenomen in het Kwaliteitsjaarplan en, waar nodig, in aangepaste protocollen.

8. Borging en actualisatie

Dit kwaliteitsbeleid wordt:

- minimaal één keer per jaar besproken in directie- en regiebehandelaarsoverleg;
- aangepast wanneer wet- en regelgeving wijzigt, of wanneer evaluaties daartoe aanleiding geven;
- als leidend document gehanteerd bij audits, visitaties en aanvragen (bijv. Wtza).
- De directie is verantwoordelijk voor het:
 - vaststellen van de nieuwste versie;
 - communiceren naar medewerkers en ZZP'ers;
 - borgen dat de meest recente versie beschikbaar is in de protocollenbundel.