



# 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: U-center

Hoofd postadres straat en huisnummer: Julianastraat 23a

Hoofd postadres postcode en plaats: 6285AH EPEN

Website: [www.u-center.nl](http://www.u-center.nl)

KvK nummer: 14100256

AGB-code 1: 73733124

### 2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt

Naam: Ira Bongers, bestuurssecretaris

E-mailadres: [bongers@u-center.nl](mailto:bongers@u-center.nl)

Telefoonnummer: 0434559109

### 3. Onze locaties vindt u hier

Link: [www.u-center.nl](http://www.u-center.nl)

### 4. Beschrijving zorgaanbod en professioneel netwerk:

U-center is een specialistische ggz instelling met een integraal klinisch en ambulante behandelaanbod voor cliënten met ernstige psychische (comorbide) klachten, waaronder depressie, angststoornissen, PTSS, verslavingen, somatoforme stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Het zorgaanbod bestaat uit een intensief diagnostisch en behandeltraject van 14 weken, waarvan 7 weken klinisch en 7 weken ambulante. Tevens worden losse ambulante behandelingen (BGGZ en SGGZ) aangeboden, maar het merendeel van de cliënten komt vanwege een klinische behandeling met ambulante vervolgt.

Doelgroep zijn cliënten vanaf 18 jaar. Ook ouderen vallen onder de doelgroep.

U-center is een landelijke voorziening en werkt breed samen met vrijgevestigde praktijken en ggz- instellingen in het hele land. In de regio Limburg is U-center aangesloten bij de regionale crisisdienst. Er bestaat een intensieve samenwerking met het Academisch Ziekenhuis in

Maastricht (azM/MUMC), in de vorm van gedeelde opleidingsplaatsen voor de GZ-psycholoog, de psychotherapeut en de klinisch psycholoog.

In de Wetenschappelijke en Klinische Adviesraad van U-center participeren UHD's en professoren van Maastricht University en het Academisch Ziekenhuis Maastricht (azM/MUMC).

Elke organisatie is verplicht vanaf 2017 een Kwaliteitsstatuut te hebben, waarin een aantal aspecten van goede zorg en samenwerking tussen client en professionals beschreven staan. Maar U-center biedt meer dan u in dit Kwaliteitsstatuut zult terugvinden. Daarom geven wij u graag eerst een inkijk in hoe U-center haar kwaliteit vormgeeft. Een dagelijks proces van kritisch kijken naar de eigen organisatie en leren van feedback.

### **Wat maakt U-center kwalitatief zo bijzonder?**

1. Visie: U-center heeft een heldere visie op gezondheid: empowering people, herstellen van de eigen regie van onze cliënten over hun leven, op alle domeinen die voor u belangrijk zijn
2. Kort en effectief. Een korte intensieve behandeling met hoge behandelresultaten (boven het landelijk gemiddelde).
3. Integrale aanpak. Wij behandelen integraal meervoudige psychische klachten, die elkaar beïnvloeden en in stand houden. Geen onderscheid tussen verslaving, depressie, angst, trauma, persoonlijkheidsproblematiek, maar alles in één behandeling
4. Maatwerk. Natuurlijk volgen wij de professionele richtlijnen, zorgstandaarden en protocollen, maar elk mens is uniek en verdient maatwerk. Wij behandelen geen diagnoses maar mensen!
5. Shared Decision Making. Wij zien behandeling als een samenwerkingsproces, waarin u zelf een grote actieve rol speelt
6. De 'helende' omgeving. Behandeling en verblijf in een comfortabele accommodatie, met oog voor hospitality, lekker en gezond eten, sport, natuur, ontspanning
7. Compassionate Care. Gedreven, deskundige en persoonlijk betrokken hulpverleners en andere service verlenende professionals, die korte lijntjes hebben met elkaar
8. Aandacht voor naastbetrokkenen (familie, vrienden) en voor uw werk (reïntegratie) en dagbesteding, met respect voor uw privacy.

In het onderstaande treft u het format Kwaliteitsstatuut.

### **5. U-center heeft aanbod in:**

de generalistische basis-ggz de gespecialiseerde-ggz

### **6. Behandelsettings generalistische basis-ggz**

Patiënten/cliënten kunnen met de volgende problematiek bij U-center 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:

Klinisch psycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog en verpleegkundig specialist. In het team is altijd een psychiater beschikbaar voor overleg en consultatie.

### Verslavingszorg

Beroepsgroep die hier als regiebehandelaar kan optreden en evt. toelichting: Klinisch psycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog, verslavingsarts KNMG en verpleegkundig specialist. In het team zijn artsen werkzaam met specifieke deskundigheid en ervaring op het gebied van verslaving. Er is altijd een psychiater beschikbaar voor overleg en consultatie.

Anders, namelijk: Ambulante (na)zorg

Klinisch psycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog en verpleegkundig specialist. Ten behoeve van het team is altijd een psychiater beschikbaar voor overleg en consultatie.

## **7. Behandelsettingen gespecialiseerde-ggz**

Patiënten/cliënten kunnen met de volgende problematiek bij U-center 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, klinisch psycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog, verslavingsarts KNMG en verpleegkundig specialist.

### Klinische zorg

Beroepsgroep die hier als regiebehandelaar kan optreden en evt. toelichting: Psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog, verslavingsarts KNMG en verpleegkundig specialist.

### Verslavingszorg

Beroepsgroep die hier als regiebehandelaar kan optreden en evt. toelichting: Psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog, verslavingsarts KNMG en verpleegkundig specialist.

## **8. Structurele samenwerkingspartners**

U-center 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):

Als landelijke voorziening werkt U-center samen met alle huisartsen, bedrijfsartsen, vrijgevestigde GGz aanbieders en GGz-instellingen in heel Nederland. U-center is in Limburg aangesloten bij de regionale crisisdienst.

Er bestaat een intensieve samenwerking met het Academisch Ziekenhuis in Maastricht (azM/MUMC), in de vorm van gedeelde opleidingsplaatsen voor de GZ-psycholoog, de psychotherapeut en de klinisch psycholoog.

Crisisdienst samenwerking:  
Mondriaan voor geestelijke gezondheid  
John F. Kennedylaan 301, 6419 XZ Heerlen  
www.mondriaan.eu

Opleiding:  
Maastricht UMC+  
P. Debeijelaan 25  
6229 HX Maastricht  
www.mumc.nl

RINO Zuid Bezoekadres Maastricht:  
Stationsplein 8H (Gebouw de Colonel)  
6221 BT Maastricht

## II. Organisatie van de zorg

### **9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen**

U-center ziet er als volgt op toe dat:

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

Bevoegd:

HRM controleert de beroepsregistraties, CONO en de BIG-registratie (met eventuele maatregelen) van alle medewerkers.

U-center beschikt van elke medewerker over diens CV en kopieën van de originele diploma's. Bij aanstelling van nieuwe medewerkers wordt een VOG gevraagd. Er worden referenties opgevraagd bij een of meerdere eerdere werkgevers.

Bekwaam:

Voor elke functie bestaat een functieprofiel met een beschrijving van de functie, de vereiste vooropleiding en ervaring, en de vereiste kerncompetenties voor die functie. Minimaal eenmaal per jaar vindt een jaargesprek plaats door de leidinggevende (manager zorg en bedrijfsvoering, directielid of andere leidinggevende).

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

De zorgverleners volgen de zorgstandaarden en richtlijnen:

- van hun beroepsgroep
- van het Trimbos Instituut

U-center borgt dit door:

- verschaffen van de richtlijnen, aanwezig in de bibliotheek/kwaliteitshandboek
- abonnementen op vaktijdschriften
- scholing (incompany) deskundigheidsbevordering, externe cursussen, postmaster opleidingsplekken bij de RINO

- na- en bijscholing is een vast onderwerp in de functioneringsgesprekken
- periodieke update van protocollen
- visitaties in het kader van de opleiding GZ-psycholoog, psychotherapeut en klinisch psycholoog.

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

Onderdeel van het jaargesprek zijn met afspraken omtrent bijvoorbeeld deskundigheidsbevordering. Jaarlijks kunnen medewerkers kenbaar maken aan welke deskundigheidsbevordering zij komend jaar willen of moeten deelnemen.

U-center heeft een actief opleidingsbeleid, vastgelegd in een jaarlijks Opleidingsbeleidsplan. U-center biedt een groot aantal postdoctorale opleidingen aan, naast incompany en externe deskundigheidsbevordering. Psychologen volgen in principe de basiscursus cognitieve gedragstherapie.

Er wordt supervisie aangeboden in het kader van diverse (postdoctorale) opleidingen. Elk team heeft minimaal eenmaal per maand intercollegiale intervisie. Er vinden overleggen plaats in vakgroepen van bepaalde disciplines, minimaal eenmaal per maand of per kwartaal (medisch overleg, regiebehandelaren-overleg, sociotherapeutenoverleg).

## **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 U-center is het multidisciplinair overleg en de informatie-uitwisseling en -overdracht tussen regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren als volgt geregeld:**

U-center werkt met multidisciplinaire teams. Er is in beginsel een psychiater en/of klinisch psycholoog lid van het multidisciplinaire team en aanwezig bij het MDO.

1. Aan het eind van de intakefase vindt een zogenaamd 'mini MDO' plaats. Hieraan nemen in ieder geval deel de client, de regiebehandelaar en een psycholoog in de rol van mentor. Als mogelijk ook een familielid/naastbetrokkene. Hierin wordt het intake-verslag besproken, de ROM-resultaten, de doelen van de behandeling, en de voorgestelde interventies. Het behandelplan wordt vastgesteld via Shared Decision Making en wanneer er overeenstemming bereikt is, ondertekend door alle partijen. De client krijgt een kopie van het behandelplan. Er wordt verslag gelegd in het EPD.
2. Elk team heeft eenmaal per week een multidisciplinair overleg (MDO), waarbij alle teamleden/disciplines aanwezig zijn. Elk team is samengesteld uit de disciplines: psychotherapeut en/of klinisch psycholoog, GZ-psycholoog, psycholoog, sociotherapeut, therapeutisch medewerker (mogelijk ervaringsdeskundige met relevante opleiding). Psychiater en/of (verslavings)arts beschikbaar voor consultatie.

Alle cliënten van het team worden besproken. Er wordt verslag gelegd door een van de participanten in het MDO verslag (voortgang behandelplan) in het EPD.

De regiebehandelaar van de betreffende cliënt zit het MDO voor. De bevindingen van het MDO worden door de mentor en/of regiebehandelaar besproken met de cliënt en waar mogelijk diens familie/naastbetrokkenen.

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

1. Na de telefonische screening en het adviesgesprek met ROM metingen wordt bekeken of de cliënt in aanmerking komt voor SGGZ klinisch met ambulant vervolg.
2. Als de cliënt niet aan de algemeen geldende criteria voldoet, wordt afgeschaald door terug naar de huisarts te verwijzen. De screener overlegt dit met de psychiater, psychotherapeut of GZ-psycholoog in het team.
3. Als de cliënt voldoet aan de algemeen geldende criteria voor SGGZ wordt de intakefase gestart.
4. Na deze intakefase wordt nogmaals bekeken of klinische en/of ambulante specialistische zorg voor de betreffende cliënt de juiste, efficiënte en doelmatige vorm van hulpverlening is aansluitend bij diens zorgbehoefte, wensen en mogelijkheden.
5. Tijdens de behandeling kan er wederom reden zijn om op- of af te schalen. Op- en afschaling vindt altijd plaats na overleg met de regiebehandelaar (psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut of GZ-psycholoog) in het multidisciplinaire team en in overleg met de cliënt en waar mogelijk diens familie/naastbetrokkene. Er wordt zorg gedragen voor het eventueel zoeken naar een andere behandelorganisatie, overleg met de huisarts en een schriftelijke overdracht.  
Aldus geeft U-center vorm aan gepast gebruik en matched-care.

### **10d. Binnen U-center geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de volgende escalatie-procedure:**

In principe hakt de regiebehandelaar knopen door bij diverse keuzes in de behandeling. Bij een onoverbrugbaar verschil van inzicht tussen de regiebehandelaar en medebehandelaren, wordt opgeschaald naar de directeur zorg en personeel. Waar nodig zal deze zich laten adviseren door een relevante discipline (psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog) uit een ander team dan wel een onafhankelijke deskundige van buitenaf. De verschillende opties zullen tevens aan de cliënt voorgelegd worden. Wanneer consensus niet mogelijk blijkt, zal de directeur zorg en personeel beargumenteerd de eindbeslissing nemen.

## **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. U-center 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: De klachtenfunctionaris Contactgegevens: klachtenfunctionaris@u-center.nl

**De klachtenregeling is hier te vinden:**

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

**12b. Patiënten kunnen met geschillen over behandeling terecht bij**

Naam geschilleninstantie waarbij instelling is aangesloten:

aangemeld bij de Geschillencommissie Zorg

Contactgegevens: [www.degeschillencommissiezorg.nl](http://www.degeschillencommissiezorg.nl)

**De geschillenregeling is hier te vinden:**

Upload van uw geschillenregeling 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.

Link naar wachttijden voor intake en behandeling: <https://www.u-center.nl/cliënten/praktische-informatie/>

### **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):**

#### **1. Inleiding aanmelding en indicatiestelling.**

Het Communicatie Center is als team verantwoordelijk voor aanmelding en screening van potentiële cliënten van U-center. Opgenomen worden de NAW gegevens, alsook de eerste vraag naar de aanmeldklachten van de cliënt.

De vervolgscreening en het adviesgesprek worden verricht door de psychologen van het ambulante behandelteam. Verslavingsartsen en psychiaters kunnen op indicatie toegevoegd

worden aan de adviesgesprekken en worden structureel betrokken bij de intake.

## 2. Doel adviesgesprekken

In het adviesgesprek worden verwachtingen t.a.v. de behandeling over en weer verhelderd; hoe sluiten wensen van de cliënt aan bij de mogelijkheden van U-center. Welke bijstellingen zijn eventueel nodig in de verwachtingen?

### **Naastbetrokkenen:**

Naastbetrokkenen (familie en/of vrienden) worden uitgenodigd bij het adviesgesprek zodat direct ook hun informatie en verwachtingen ter sprake komen. Met de naastbetrokkenen worden direct afspraken gemaakt over hun verdere betrokkenheid bij de behandeling, bijvoorbeeld door middel van deelname aan de Family & Friends day en /of systeem gesprekken en de afname van een hetero- anamnese in de intakefase (face tot face of telefonisch).

### **Werkgever/inkomensverzekeraar/uitkeringsinstantie:**

Geïnformeerd wordt hoe de contacten met een eventuele werkgever/inkomensverzekeraar/uitkeringsinstantie zijn en hoe wij en cliënt deze werkgever/inkomensverzekeraar/uitkeringsinstantie het beste bij de behandeling kunnen betrekken. Betrekken van werkgever/inkomensverzekeraar/uitkeringsinstantie, als belangrijk onderdeel van het sociale netwerk van de cliënt, is van belang in het kader van terugvalpreventie en verdere ontwikkeling van het geleerde bij U-center (o.a. contact behouden, wederzijds geïnformeerd blijven, advisering in re-integratie, inzake samenwerking e.d.). Genoteerd wordt wat medewerker/cliënt en werkgever hebben afgesproken over het betrekken van werkgever tijdens de behandeling bij U-center.

Om reële verwachtingen over en weer te kunnen creëren, wordt problematiek in kaart gebracht in die mate dat een eerste werkhypothese geformuleerd kan worden over de diagnose en de te behandelen stoornis(sen). Verdiepende diagnostiek vindt plaats in het intake-programma in de eerste week.

Cliënt en naast betrokkene(n) worden geïnformeerd over de U-center filosofie, het behandelprogramma en de huisregels van U-center.

## 3. Profiel adviesgesprekvoerder

De adviesgesprekvoerder is snel in staat verwachtingen over en weer over de behandeling ter sprake te krijgen en te verhelderen. Er is diagnostische kennis nodig om tijdens het adviesgesprek al een werkhypothese over de te behandelen stoornis te creëren en hierover overeenstemming te krijgen met de cliënt. Deze wordt door de adviesgesprekvoerder geholpen om zijn motivatie voor behandeling te verwoorden en verder te ontwikkelen. Familie en werkgevers worden op een vanzelfsprekende manier betrokken bij de behandeling.

Discipline: psycholoog, GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog.

## 4. Organisatie adviesgesprekken

Iedere dag vinden er adviesgesprekken plaats. Adviesgesprekken worden door een vaste pool van psychologen uitgevoerd. Deze psychologen zijn aan het ambulante behandelteam



verbonden. Op indicatie kan het adviesgesprek uitgebreid worden met een extra consult door een psychiater en/of verslavingsarts. Hiervoor zijn een psychiater en (verslavings)arts beschikbaar. De gesprekken waarbij de psychiater of de verslavingsarts betrokken zijn, worden gevoerd samen met de psycholoog. De psycholoog vat het voorgaande gesprek samen en legt de psychiater of verslavingsarts de specifieke vragen voor.

Situaties, waarbij een psychiater in consult gevraagd wordt bij het adviesgesprek:

- Voorgeschiedenis met opnames in een psychiatrisch ziekenhuis
- Gebruik psychiatrische medicatie (exclusief benzodiazepines)
- Recente crisisinterventies
- Tentamen suïcide in recente verleden
- Belaste familieanamnese voor psychiatrische ziekten (m.n. psychotische en bipolaire stoornissen)
- Langdurige psychiatrische zorg

Na elk adviesgesprek is er diezelfde dag nog een bilateraal overleg tussen de adviesgesprekvoerder, de regiebehandelaar (psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog) en de manager zorg en bedrijfsvoering, waarin de casus inhoudelijk wordt besproken en de beslissing wordt genomen over wel/niet in behandeling nemen c.q. opnemen aan de hand van checklist 'criteria voor opname'. Wanneer tijdens het adviesgesprek gereede twijfels ontstaan over de mate waarin U-center de vereiste bescherming kan bieden voor de cliënt of andere cliënten van U-center, of wanneer er onvoldoende resultaat wordt verwacht van behandeling, wordt dit voorgelegd aan de unit manager. Vervolgens zal in overleg met directeur zorg en personeel een definitieve beslissing genomen worden over wel/niet doorgaan van een opname en worden de voorwaarden verwoord, die verbonden worden aan de eventuele opname.

In het EPD wordt verslag gelegd van het adviesgesprek, de voorlopige werkhypothese, de onderbouwing van de gepastheid van ambulante behandeling c.q. opname, en van de met de cliënt en familieleden gemaakte afspraken.

##### 5. **Betrekken naastbetrokkenen bij adviesgesprek**

Bij het uitnodigen van de cliënt voor een adviesgesprek, wordt/worden door de telefonische screeners standaard naastbetrokkene(n) uitgenodigd. Met naastbetrokkenen bedoelen we familie, partners of vrienden, die nauw betrokken zijn bij de cliënt en over en weer invloed hebben op de problematiek van de cliënt (degenen waar laatstgenoemde in het dagelijkse leven een beroep op doet bij problemen). Dit zullen in de regel ook degenen zijn die door de cliënt uitgenodigd zullen worden voor de Family&Friends Day en degenen waarmee we contact zoeken voor de heteroanamnese.

De heteroanamnese wordt aansluitend aan het adviesgesprek uitgevoerd, zodat we direct familie betrekken bij de behandeling, de juiste informatie krijgen en familie goed kunnen voorlichten over wat gaat komen.

Na het adviesgesprek volgt bij positieve opname-indicatie een opnamegesprek met naastbetrokkenen.

Tijdens het adviesgesprek wordt specifieke informatie aan degene(n) die samen met de

cliënt naar het adviesgesprek komt/komen. Wanneer de cliënt alleen komt wordt aan hem/haar de folder gegeven met verzoek deze eventueel later aan zijn naastbetrokkenen uit te reiken. De folder staat ook op de website van U-center, dus de cliënt kan alvast zijn familie hierop attenderen, als zij niet bij het eerste gesprek aanwezig zijn.

## 6. Toestemmingsverklaringen

Tijdens het adviesgesprek worden al de toestemmingsformulieren voor contact met familie, verwijzers en werkgever ingevuld. Toestemming voor contact met werkgever wordt gevraagd als al direct duidelijk is dat werkgever een belangrijke inhoudelijke rol gaat spelen tijdens de behandeling met het oog op reïntegratie naar werk. Wanneer dit in het adviesgesprek niet meteen een duidelijk onderwerp is, dan komt dit in ieder geval terug tijdens de 'intake arbeid'.

De toestemmingsformulieren worden volledig ingevuld en ondertekend. Vermeld wordt om wie en/of welke instantie het gaat en hoe we deze kunnen bereiken.

### **14b. Binnen U-center 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 U-center 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):

Cliënt kan zichzelf telefonisch aanmelden. Er dient een verwijsbrief van de huisarts (of bedrijfsarts of specialist GGZ) aanwezig te zijn. Hierna volgt screening en adviesgesprek (zie bij 14 Aanmelding en intake). Tijdens de opstartfase wordt gestart met de (verdiepende) intake. U-center heeft geen wachttijd tussen intake en behandeling; behandeling vindt altijd aansluitend plaats.

### **Intake/diagnose SGGZ ambulant**

De eerste twee gesprekken worden gebruikt als intake en ten behoeve van diagnostiek. Het eerste gesprek wordt gevoerd door de regiebehandelaar (psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog), het tweede gesprek door de uitvoerend behandelaar. De regiebehandelaar blijft altijd beschikbaar voor advies of consultatie. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het (doen) vaststellen van de diagnose en is verantwoordelijk voor de registratie daarvan in het EPD.

### **Intake/diagnose SGGZ Klinische behandeling met ambulant vervolg**

De eerste vijf werkdagen van de opname bestaan uit een intensieve verdiepende intake en diagnostiek door verschillende disciplines in het multidisciplinaire team en vindt plaats op alle levensterreinen. De cliënt heeft een mentor (psycholoog), regiebehandelaar (psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut GZ-psycholoog of verpleegkundig specialist) en een sociotherapeut als 24-uurs aanspreekpunt. De regiebehandelaar zal zoveel mogelijk gematched

worden met de cliënt in termen van problematiek, focus van de behandeling, man/vrouw, specifieke kennis en deskundigheid, beschikbaarheid en voorkeuren van de cliënt. In het geval van detox wordt de cliënt dagelijks begeleid door een (verslavings)arts. De cliënt speelt een actieve rol in de intake en krijgt verschillende opdrachten, bijvoorbeeld doelen stellen en een holistische theorie maken. Familie wordt uitgenodigd voor een oriënterend systeem gesprek.

Doel van de intake en diagnostiek is om tot een differentiërende en tegelijk integrerende beschrijving te komen van onderhavige problematiek, op die manier dat het een voor de cliënt en de therapeuten hanteerbaar uitgangspunt vormt voor behandeling. Zowel de medische, paramedische als psychologische disciplines verzamelen daartoe zoveel mogelijk relevante informatie over en met cliënt. Hierbij wordt gebruik gemaakt van (gestructureerde) interviews, metingen, testdiagnostiek, observaties en informatie van derden. De bevindingen worden vertaald in een logisch en methodisch opgebouwd diagnostisch intakeverslag en persoonlijk toegesneden logisch, concreet en haalbaar behandelplan. Dit wordt besproken in het mini MDO met de cliënt, regiebehandelaar en mentor. Alle verslagen daarvan zijn terug te vinden in het EPD onder "Intake".

Leidend voor de intake is het biopsychosociale model, waarbij de volgende factoren een rol spelen:

#### **Biologische factoren:**

- erfelijkheid en aanleg
- lichamelijke ziekten en beperkingen/handicaps
- fysieke conditie
- voeding en levensstijl
- middelen (gebruik, misbruik, afhankelijkheid)
- medicatie (ondersteunend gebruik, misbruik, afhankelijkheid)

#### **Psychische factoren**

- psychische klachten (bijv. depressie, angst, slaapproblemen, eetbuien)
- persoonlijkheidstrekken, persoonlijkheid (bijvoorbeeld perfectionisme, wantrouwen)
- copingstijl (bijvoorbeeld passiviteit, steun zoeken)
- levensgebeurtenissen
- gedachten, overtuigingen, bezieling
- gedrag (bijvoorbeeld vermijding)
- gevoelens

#### **Sociale factoren**

- primaire relaties (gezin, partner, vrienden, familie)
- culturele aspecten
- werk, scholing, dagbesteding
- religie
- sociale gebeurtenissen (bijvoorbeeld scheiding, reorganisatie op werk, overlijden)

Zes levensgebieden worden in kaart gebracht, en de fase van verandering waarin de cliënt zich bevindt (Prochaska en DiClemente).

De diagnose na intake wordt gesteld en genoteerd in het EPD door de regiebehandelaar (psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog of verpleegkundig specialist), in samenspraak met de behandelaren betrokken bij het intakeproces. De regiebehandelaar stelt samen met cliënt en mentor het behandelplan op (Shared Decision Making). De intakegegevens en het behandelplan worden in het MDO toegelicht door de regiebehandelaar voor de overige teamleden.

## **16. Behandeling**

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

#### **Behandeling ambulante SGGZ**

Na de intake wordt het behandelplan met helder omschreven doelen vastgesteld door de regiebehandelaar, de uitvoerend behandelaar en de cliënt, in onderling overleg. De vervolggesprekken worden gevoerd door de uitvoerend behandelaar, doorgaans door een psycholoog. Halverwege de behandeling vindt een gesprek plaats met de regiebehandelaar, ter evaluatie van de aanpak en de tot dan toe behaalde resultaten. Het eindgesprek vindt plaats met de regiebehandelaar en de behandelend psycholoog. Cliënten worden besproken in een wekelijks multidisciplinair overleg, in aanwezigheid van de behandelaar, regiebehandelaar en andere behandelaren.

#### **Behandeling Klinische SGGZ (met ambulante vervolgbehandeling)**

In de intakefase wordt aan de hand van de input van de verschillende disciplines en hun intake onderdelen, een behandelplan opgesteld door de regiebehandelaar en mentor/psycholoog. Samen met de cliënt (SDM) wordt het definitieve behandelplan vastgesteld in het mini-MDO. Dit plan dient als basis voor elk volgend MDO en kan daar aangepast, bijgesteld en gewijzigd worden. Cliënt wordt hierover steeds op de hoogte gesteld door de mentor en/of de regiebehandelaar.

De regiebehandelaar bepaalt welke interventies horen bij welke doelen, en zet deze interventies uit naar verschillende medebehandelaren in het team. Bij elk MDO rapporteert de medebehandelaar de voortgang op zijn/haar interventie en doel(en). In het EPD wordt per sessie verslag gelegd onder de kopjes: doel; interventie; progressie; afspraken.

In principe is de regiebehandelaar van de intakefase ook de regiebehandelaar van de klinische behandeling: psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog. In het team wordt afgesproken wie de waarnemend regiebehandelaar zal zijn in geval van ziekte, vakantie of onverwachte afwezigheid. Dit wordt ook aan de cliënt doorgegeven. In principe heeft elke regiebehandelaar tussen de drie en maximaal zes cliënten onder zijn/haar regie.

#### **Ambulante vervolgbehandeling**

Na de klinische fase krijgen cliënten in de regel een ambulante vervolgbehandeling. Dit is een nieuwe fase in de behandeling. Deze wordt in principe aangeboden vanuit de locatie Driebergen en bestaat voor een deel uit een E-health programma U-care. Cliënten kunnen bloggen en videochats hebben met hun behandelaar en regiebehandelaar. In deze fase krijgt de cliënt een nieuwe regiebehandelaar en mentor. Er vindt een warme

overdracht plaats van de eerste regiebehandelaar naar de tweede regiebehandelaar en nieuwe mentor. Het EPD gaat mee in de behandeling en alle eerdere informatie is daarin terug te vinden. De ambulante vervolgbehandeling vindt eveneens plaats in een multidisciplinair team. Het behandelplan wordt bijgesteld voor de ambulante periode, waarin de geleerde vaardigheden en inzichten in de kliniek thuis en op het werk in de praktijk gebracht worden. Een belangrijke plek neemt het terugval preventie plan in, dat al tijdens de klinische fase is opgesteld en mee wordt genomen naar de ambulante behandeling. In deze fase zijn regiebehandelaren psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut en GZ-psycholoog. Behandelaren zijn psychologen en vaktherapeuten.

### **Algemeen:**

De psychiater moet in ieder geval geconsulteerd dan wel bij evaluaties betrokken worden wanneer:

- a. er gevaar dreigt voor cliënt (o.a. suïcide gevaar) of voor anderen
- b. er ECT overwogen wordt
- c. ontslag uit opname, anders dan in het behandelplan voorzien, overwogen wordt
- d. medisch coördinerende zorg nodig is bij verdenking op somatische problematiek
- e. er een verzoek is om euthanasie of hulp bij zelfdoding
- f. er sprake is van non-respons op de behandeling (conform de richtlijn/zorgstandaard).

NB. Bij a. en c. kan in plaats van een psychiater ook een klinisch psycholoog worden ingeschakeld.

De psychotherapeut en GZ-psycholoog zullen veelal regiebehandelaar zijn wanneer vormen van psychotherapie binnen verschillende referentiekaders aan de orde zijn. Bij uitstek zijn zij regiebehandelaar bij cliënten 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 cliënten die behandeld kunnen worden met grotendeels psychologische behandelmethoden, waarbij geen sprake is van een spoedeisend karakter.

U-center heeft op dit moment een verslavingsarts (KNMG) en een verpleegkundig specialist verslavingszorg in dienst. De artsen met verslavingservaring en deskundigheid zullen alleen als medebehandelaar optreden.

De psychologen, fysiotherapeuten, sociotherapeuten, vaktherapeuten, en therapeutisch medewerkers zijn behandelaren, die mede uitvoering geven aan (een deel van) de behandeling en hebben niet de rol van regiebehandelaar. Zij handelen in overeenstemming met de voor hen geldende professionele (wetenschappelijke) standaard. Zij voeren hun aandeel in de behandeling uit zoals vooraf vastgelegd in het individuele behandelplan, het zorgprogramma en/of zoals deze voortvloeien uit de wet- en regelgeving.

Specifieke taken en verantwoordelijkheden van medebehandelaren:

- a. de behandelaar geeft binnen het kader van het behandelplan zelfstandig uitvoering aan (delen van) het behandelplan
- b. de behandelaar is verantwoordelijk voor het eigen handelen
- c. hij/zij voorziet de regiebehandelaar regelmatig en op tijd van relevante informatie, zodat deze zijn/haar verantwoordelijkheden kan waarmaken

- d. de behandelaar volgt de aanwijzingen op van de regiebehandelaar voor zover deze verenigbaar zijn met zijn/haar eigen deskundige oordeel en meldt expliciet bij de regiebehandelaar wanneer hij/zij geen gehoor geeft aan diens aanwijzingen; hij/zij stelt terstond de regiebehandelaar daarvan in kennis, doch uiterlijk bij afsluiting van zijn deel. Mogelijk moet in dit geval gebruik gemaakt worden van de beschreven escalatie procedure naar de directeur zorg en personeel.

**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): De regiebehandelaar:**

- a. coördineert het zorgproces
- b. is voor de cliënt en zijn naasten het eerste aanspreekpunt (samen met de mentor) en draagt zorg voor goede communicatie met de cliënt en diens naasten (indien van toepassing en indien hiervoor toestemming is verkregen) over het beloop van de behandeling
- c. draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces
- d. is voor alle betrokkenen (in het team), inclusief de cliënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt
- e. moet passend zijn bij het type behandeling en de doelgroep
- f. een opleiding hebben op academisch of daarmee vergelijkbaar niveau, die onderworpen is aan een systeem van accreditatie en heraccreditatie en/of voorziet in gerichte bij- en nascholing
- g. moet BIG geregistreerd zijn
- h. relevante werkervaring hebben
- i. periodiek deelnemen aan een vorm van intervisie en intercollegiale toetsing
- j. heeft een wezenlijk aandeel in de behandeling en face to face contacten met de cliënt
- k. zorgt ervoor dat in samenspraak met de cliënt een behandelplan wordt opgesteld en vastgesteld
- l. draagt er zorg voor dat het behandelplan wordt uitgevoerd en/of bijgesteld wanneer nodig
- m. draagt er zorg voor dat de verrichtingen of activiteiten van alle zorgverleners die beroepshalve bij de behandeling van de cliënt betrokken zijn, en dus ook zijn eigen verrichtingen of activiteiten, op elkaar zijn afgestemd en draagt zorg voor een goede samenwerking, met toestemming van de cliënt
- n. weet zich overtuigd van de bevoegdheid en de bekwaamheid van de andere betrokken zorgverleners in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn. De regiebehandelaar wordt hierin ondersteund door HRM en de unit managers.
- o. ziet er op toe dat dossiervorming voldoet aan de gestelde eisen. De regiebehandelaar wordt hierin ondersteund door de DBC administratie.

NB. De cliënt kan indien gewenst, in samenspraak met U-center, kiezen wie van de bij de behandeling betrokken zorgverleners als regiebehandelaar zal optreden.

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

**Klinische SGGZ met ambulante vervolgbehandeling:**

Van elke cliënt wordt wekelijks de voortgang besproken in het MDO of zoveel vaker als nodig is geëvalueerd. Er is veel ad hoc overleg mogelijk. Het behandelplan wordt zo nodig aangepast in afstemming met de cliënt.

Aan het begin van de behandeling worden ROM vragenlijsten afgenomen en besproken met de cliënt. Deze vragenlijsten worden herhaald na de klinische behandeling, na de ambulante vervolgbehandeling, vier maanden, acht maanden en een jaar na de behandeling. De resultaten worden tijdens de behandeling teruggekoppeld aan de cliënt.

**16.d Binnen U-center 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 de behandeling (ambulant en in de kliniek) zal de regiebehandelaar in ieder geval een evaluatie houden met de cliënt en eventueel zijn naasten. De behaalde vooruitgang op de gestelde doelen zullen besproken worden en plannen kunnen worden bijgesteld.

Aan het eind van de klinische behandeling en van de ambulante vervolgbehandeling wordt een exitgesprek gehouden door de regiebehandelaar, waarin de cliënt zijn voortgang en resultaten kan bespreken. Zo veel mogelijk zal de mentor hier ook bij aanwezig zijn. De ROM resultaten worden dan eveneens besproken met de cliënt.

**16e. De tevredenheid van patiënten/cliënten wordt binnen U-center op de volgende manier gemeten (wanneer, hoe):**

- a. met een interne vragenlijst cliënttevredenheid aan het einde van de klinische behandeling.
- b. met de CQ-index aan het einde van de totale behandeling.
- c. cliënten worden actief gewezen op de mogelijkheid van [www.zorgkaartnederland.nl](http://www.zorgkaartnederland.nl).

**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):**

**Ambulante SGGZ:**

De regiebehandelaar voert (samen met de behandelaar) een exitgesprek met cliënt en bespreekt eventuele vervolgstappen. De verwijzer wordt middels een afsluitende brief geïnformeerd, tenzij cliënt daar bezwaar tegen maakt.

**Klinische SGGZ met ambulante vervolgbehandeling:**

Aan het eind van de klinische en ambulante vervolgbehandeling wordt in een exitgesprek met cliënt besproken of en welke verdere hulp nodig of wenselijk is. Er wordt een afsluitende rapportage gestuurd aan de verwijzer. Indien nodig wordt telefonisch overlegd met de eerdere verwijzer over het geadviseerde vervolgtraject.

Als cliënt geen toestemming geeft de verwijzer te informeren, wordt de verwijzer hiervan op de hoogte gesteld (geen inhoudelijke informatie).

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

Er wordt cliënt en zijn naastbetrokkenen aangeboden opnieuw contact met U-center te zoeken bij terugval (met verwijzing van de huisarts indien nodig na sluiting van de DBC). Bij crisis na afsluiting wordt in eerste instantie hulp zoeken in de eigen regio via de huisarts geadviseerd.

## IV. Ondertekening

Naam bestuurder van U-center: Raymond (C.M.W.) van Oosterhout, directeur zorg en personeel

Plaats: Epen

Datum: 18-02-2020

**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);

**Zijn algemene leveringsvoorwaarden;**

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