

Goedgekeurd kwaliteitsstatuut ggz - Instelling format 4.0

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

Handelsnaam: Stichting Novadic-Kentron
Hoofd postadres straat en huisnummer: Hogedwardsstraat 3
Hoofd postadres postcode en plaats: 5261LX VUGHT
Website: <https://www.novadic-kentron.nl>
KvK nummer: 18073067
AGB-code 1: 06291019

2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt

Naam: Dr. P.G.J. Greeven
E-mailadres: peter.greeven@novadic-kentron.nl
Tweede e-mailadres
Telefoonnummer: 06-51014028

3. Onze locaties vindt u hier

Link: <https://www.novadic-kentron.nl/contact/alle-adressen-en-locaties/>

4. Beschrijving aandachtsgebieden/zorgaanbod:

4a. Beschrijf in maximaal 10 zinnen de algemene visie/werkwijze van uw instelling en hoe uw cliëntenpopulatie eruit ziet. Bijvoorbeeld: Op welke problematiek/doelgroep richt uw instelling zich, betreft u familie/omgeving in de behandeling, past u eHealth(toepassingen) toe, etc.:

NK heeft het volgende zorgaanbod: verslavingszorg, forensische zorg, jeugdzorg, verslavingsreclassering, preventie en algemene psychiatrie, zowel klinisch als ambulant. NK biedt een specifiek zorgaanbod gericht op de Basis GGZ. In de Basis GGZ wordt nauw samengewerkt met huisarts praktijken. Deze kortdurende behandeling is gebaseerd op motiverende gespreksvoering, cognitieve gedragstherapie en CRA (Community Reinforcement Approach). In de Gespecialiseerde GGZ biedt NK een intensief ambulant aanbod, gecombineerd met klinische voorzieningen tbv detox, ernstige chronische verslavingspsychiatrie en Dubbel diagnostiek. Hierin wordt gewerkt vanuit CRA principes en herstelondersteunende zorg, waarbij het netwerk van de cliënt wordt betrokken. Ook is er samenwerking met andere GGZ-instellingen binnen diverse FACT-teams en wordt er medicatie verstrekt vanuit methadonposten en MAZ (Medische Ambulante Zorg).

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

Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen

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

Ja, wij hebben een afdeling hoogspecialistische ggz voor
Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen

4d. Heeft u nog overige specialismen:

Dubbele diagnose (aanbod specifiek gericht op behandeling van bijvoorbeeld verslaving icm een psychische stoornis of een eetstoornis icm PTSS), nl
verslaving en ASS

verslaving en persoonlijkheidsstoornissen
Mensen met een (licht) verstandelijke beperking
Overig, namelijk: verslaving en trauma
verslaving en pijnmedicatie

5. Beschrijving professioneel netwerk:

Novadic-Kentron beschikt over een uitgebreid professioneel netwerk met diverse ketenpartners en ziekenhuizen in Noord-Brabant. Met diverse partijen bestaan er structurele samenwerkingsafspraken (zie onder punt 7 en de bijlage).

6. Onze instelling biedt zorg aan in:

Er is sprake van een overgangssituatie waarbij we zowel werken met een onderscheid in generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz als een indeling naar settings van het Zorgprestatiemodel. In de toekomst zal het eerste onderscheid komen te vervallen.

:

Setting 2 (ambulant – monodisciplinair)/ generalistische basis ggz:

GZ-Psycholoog

Psychotherapeut

Verpleegkundig Specialist GGZ

Verslavingsarts

NK maakt geen onderscheid tussen de indicerende- en coördinerende rol. Daardoor heeft iedere cliënt één regiebehandelaar die deze beide rollen in zich verenigt.

Setting 2 (ambulant - monodisciplinair) / gespecialiseerde ggz:

GZ-psycholoog

Klinisch Psycholoog

Psychiater

Psychotherapeut

Verpleegkundig Specialist GGZ

Verslavingsarts

NK maakt geen onderscheid tussen de indicerende- en coördinerende rol. Daardoor heeft iedere cliënt één regiebehandelaar die deze beide rollen in zich verenigt.

Setting 3 (ambulant - multidisciplinair):

GZ-psycholoog

Klinisch Psycholoog

Psychiater

Psychotherapeut

Verpleegkundig Specialist GGZ

Verslavingsarts

Sociaal psychiatrisch verpleegkundige

NK maakt in principe geen onderscheid tussen de indicerende- en coördinerende rol. Echter wordt voor de Sociaal psychiatrisch verpleegkundige de mogelijkheden om de coördinerende rol te vervullen nader omschreven.

Setting 4 (outreaching):

GZ-psycholoog

Klinisch Psycholoog

Psychiater

Psychotherapeut

Verpleegkundig Specialist GGZ

Verslavingsarts

Sociaal psychiatrisch verpleegkundige

NK maakt in principe geen onderscheid tussen de indicerende- en coördinerende rol. Echter wordt voor de Sociaal psychiatrisch verpleegkundige de mogelijkheden om de coördinerende rol te vervullen nader omschreven.

Setting 5 (klinisch exclusief forensische en beveiligde zorg):

Klinisch Psycholoog

Psychiater

Psychotherapeut

Verpleegkundig Specialist GGZ

Verslavingsarts

NK maakt geen onderscheid tussen de indicerende- en coördinerende rol in de klinische setting.

Daardoor heeft iedere cliënt één regiebehandelaar die deze beide rollen in zich verenigt.

Setting 6 (forensisch en beveiligde zorg – klinische zorg):

Klinisch Psycholoog

Psychiater

Psychotherapeut

Verpleegkundig Specialist GGZ

Verslavingsarts

NK maakt geen onderscheid tussen de indicerende- en coördinerende rol in de klinische setting.

Daardoor heeft iedere cliënt één regiebehandelaar die deze beide rollen in zich verenigt.

Setting 7 (forensisch en beveiligde zorg – niet klinische of ambulante zorg):

GZ-psycholoog

Klinisch Psycholoog

Psychiater

Psychotherapeut

Verpleegkundig Specialist GGZ

Verslavingsarts

NK maakt geen onderscheid tussen de indicerende- en coördinerende rol. Daardoor heeft iedere cliënt één regiebehandelaar die deze beide rollen in zich verenigt.

Setting 8 (hoogspecialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde)):

GZ-psycholoog

Klinisch Psycholoog

Psychiater

Psychotherapeut

Verpleegkundig Specialist GGZ

Verslavingsarts

NK maakt geen onderscheid tussen de indicerende- en coördinerende rol. Daardoor heeft iedere cliënt één regiebehandelaar die deze beide rollen in zich verenigt.

7. Structurele samenwerkingspartners

Stichting Novadic-Kentron werkt ten behoeve van de behandeling en begeleiding van cliënten samen met (beschrijf de functie van het samenwerkingsverband en wie daarin participeren (vermeldt hierbij NAW-gegevens en website)):

NK participeert in een groot aantal netwerken binnen de gehele provincie van Noord-Brabant.

Onderstaand zijn de voornaamste partners weergegeven waarmee er samenwerkingsafspraken zijn.

Dit zijn voornamelijk GGZ-instellingen, maatschappelijke opvang en Veiligheidshuizen binnen de provincie Noord-Brabant:

-GGzE, Postbus 909, 5600 AX te Eindhoven

-GGZ Breburg, Postbus 770, 5000 AT te Tilburg

-GGZ WNB, Postbus 371, 4600 AJ te Halsteren

-Reinier van Arkel Groep, Postbus 70058, 5201 DZ te 's-Hertogenbosch

-GGZ Oost Brabant, Postbus 1, 5240 BA te Rosmalen

-SMO Traverse, Postbus 1314, 5004 BH te Tilburg

-SMO Breda, Postbus 3358, 4800 DJ te Breda

-SMO Helmond, Postbus 242, 5700 AE te Helmond

-SMO Den Bosch, Postbus 70058, 5201 DZ te 's-Hertogenbosch

-SMO Verduhuis, Kardinaal de Jongstraat 17, 5348 BG te Oss

- Veiligheidshuis Den Bosch, Postbus 70578, 5201 CZ te 's-Hertogenbosch
- Veiligheidshuis Tilburg, Postbus 16, 5000 AA te Tilburg
- Veiligheidshuis Breda, Postbus 3924, 4800 DX te Breda
- Veiligheidshuis Eindhoven, Nachtegaallaan 15, 5613 CM Eindhoven
- Twee Steden ziekenhuis, locatie Tilburg, Postbus 90107, 5000 LA te Tilburg
- Jeroen Bosch Ziekenhuis, Postbus 90153, 5200 ME te 's-Hertogenbosch

De doelstellingen van bovenstaande samenwerkingen zijn ter verbetering en bevordering van cliëntenzorg in de breedste zin van het woord. Ook zijn er diverse afspraken met huisartsen praktijken tbv samenwerking rondom Basis GGZ en Spec.GGZ. En verder met heel veel instellingen gerelateerd aan cliëntenzorg, instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, en gemeentelijke overheid (rondom WMO, Preventie en Jeugdzorg).

NK kent daarnaast ook samenwerkingsverbanden met diverse huisartsenpraktijken en eerstelijns voorzieningen.

II. Organisatie van de zorg

8. Lerend netwerk

Stichting Novadic-Kentron geeft op de volgende manier invulling aan het lerend netwerk van indicierend en coördinerend regiebehandelaren. Indien u een kleine zorgaanbieder bent (2 -50 zorgverleners (categorie 2)), dient u ook aan te geven met.

Onze regiebehandelaren zijn verbonden aan een lerend netwerk waarbij zij op systematische wijze op hun handelen en het beleid reflecteren. Dit vindt eenmaal per kwartaal plaats in multidisciplinair verband in aanwezigheid van ong. 15 andere regiebehandelaren. In deze lerende netwerken komen diverse thema's aanbod zoals complexe casuïstiek, benchmarks, innovatieve ontwikkelingen en beleid van de instelling. Deelname aan het lerend netwerk is aantoonbaar middels aanwezigheidslijsten.

9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

Stichting Novadic-Kentron ziet er als volgt op toe dat:

9a. Zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn:

Bevoegdheid wil zeggen dat de zorgverlener zijn werkzaamheden uitvoert binnen de grenzen van zijn wettelijk omschreven deskundigheidsgebied. NK borgt dit door de voor de beroepsuitoefening benodigde diploma's en registraties te monitoren. Deze taak is in de lijn, bij de teamleiders van de verschillende behandelteams / afdelingen belegd.

Een beroepscode in het EPD wordt alleen toegekend als de professional de benodigde diploma's / registraties hiervoor heeft. Door interne controle wordt periodiek de aanwezigheid van de benodigde diploma's in het HR portal getoetst. Voor de (her)registratie van BIG gerelateerde beroepen is een specifiek opleidingsbeleid ingevoerd.

Bekwaamheid wil zeggen dat de zorgverlener voldoende kennis en ervaring heeft ten aanzien van zijn werkzaamheden om die naar behoren te verrichten. De bekwaamheid van medewerkers wordt geborgd:

- binnen de MDO structuur, waarin de regiebehandelaar een indruk krijgt van de bekwaamheid van de andere betrokken zorgverleners in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn, en daarop signaleren dan wel sturen kan;
- de specialist op basis van de kwaliteit van de inbreng MDO en de voortgang van de behandeling een indruk krijgt van de bekwaamheid van de regiebehandelaar en daarop signaleren dan wel sturen kan
- binnen de beroepsspecifieke vakgroepen
- binnen het faciliteren van e-Learning (o.a. webinars en GGZ-Ecademy)
- binnen de deskundigheidsbevordering bijeenkomsten (o.a. Nova-Kennis)
- binnen supervisie / intervisie en intercollegiale overleggen
- door de cyclus van functionerings- en beoordelingsgesprekken.

9b. Zorgverleners volgens kwaliteitsstandaarden, zorgstandaarden en richtlijnen handelen:

Het werken conform professionele standaarden wordt geborgd middels:

- het MDO: de participerende specialist toetst de te bespreken cliënt / behandeling op zorgstandaarden en richtlijnen: borgen MDR gebruik op casusniveau
- de zorgpaden: deze zijn geschreven op basis van de uitgangspunten zoals gehanteerd in de zorgstandaarden en de multidisciplinaire richtlijnen: borgen MDR gebruik op instellingsniveau
- regiebehandelaren-bijeenkomsten en de vakgroepen: in deze gremia worden ontwikkelingen en publicaties, bijvoorbeeld de kwaliteits- en zorgstandaarden en generieke modules, bijgehouden en besproken
- de diverse bijscholingen die (regie)behandelaren dienen te volgen tbv her-accreditatie, waarin ook recente ontwikkelingen en behandelmethoden worden gepresenteerd
- diverse supervisie en intervisie mogelijkheden voor beroepsspecifieke vakgroepen: zorgverleners kunnen deelnemen aan supervisie en intervisie bijeenkomsten, mede t.b.v. her-accreditatie en 'leren en verbeteren' van de zorgpraktijk, hier wordt ook casuïstiek behandeld
- het publiceren van behandelinhoudelijke modules via ons digitale KwaliteitsHandboek (MAVIM), gebaseerd op beschikbare evidentie, en waaraan behandelaren gebonden zijn in de uitvoering.
- het publiceren van nieuwe zorgstandaarden, kwaliteitsstandaarden en richtlijnen via Intranet en via interne communicatie.

9c. Zorgverleners hun deskundigheid op peil houden:

Er is een nieuw leer- en ontwikkelbeleid geschreven waarin het nemen van verantwoording voor de eigen loopbaan en de persoonlijke en professionele ontwikkeling van medewerkers centraal staat. Hierin krijgt het leren op de werkplek een prominenter rol. Het bijhouden van de deskundigheid door de professionals wordt geborgd door:

- geaccrediteerde bijscholing
- diverse supervisie en intervisie mogelijkheden voor beroepsspecifieke vakgroepen
- aanbieden van diverse (interne) scholingsactiviteiten en e-Learning (webinars en GGZ-Ecademy).
- bijwonen van congressen en cursussen, afgestemd op de bekwaamheden van de professional.
- stimuleren en faciliteren van de opleiding tot CRA-therapeut en CGT-therapeut
- stimuleren van wetenschappelijk onderzoek: participeren van meerdere medewerkers in (onderzoeken van) het NISPA en landelijk onderzoek (o.a. met Trimbos-instituut en Radboud Universiteit)

Jaarlijks worden er opleidingsplaatsen beschikbaar gesteld voor de volgende opleidingen:

- Opleiding tot verslavingsarts (Nova)
- Verpleegkundig Specialist GGZ
- Klinisch psycholoog
- GZ-Psycholoog
- Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen
- MBO-HBO verpleegkundigen en agogische beroepen

10. Samenwerking

10a. Samenwerking binnen uw organisatie en het (multidisciplinair) overleg is vastgelegd en geborgd in het professioneel statuut (kies een van de twee opties):

Ja

10b. Binnen Stichting Novadic-Kentron is het (multidisciplinair) overleg en de informatieuitwisseling en -overdracht tussen regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren als volgt geregeld:

In het MDO participeert een psychiater of klinisch psycholoog in de Gespecialiseerde GGZ. Daarnaast zijn bij een cliëntbespreking in het MDO in principe altijd de regiebehandelaar en zoveel mogelijk de eventuele overige behandelaren van de cliënt aanwezig. De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat de intakegegevens en het (voorlopige) behandelvoorstel worden besproken in het multidisciplinair overleg. Ook draagt de regiebehandelaar er zorg voor dat besluitvorming op cruciale momenten in

de behandeling plaatsvindt en in het multidisciplinaire overleg wordt afgestemd en getoetst. Dit is altijd, maar niet limitatief, in het geval van wijziging behandelplan, ontslag en (dreigende) crisis. De regiebehandelaar ziet erop toe dat de cliënt hierbij betrokken is en dat de beslissing met betrekking tot het behandelbeleid wordt vastgelegd in het EPD. De resultaten van ROM worden eveneens besproken in het MDO tbv de evaluaties. MDO's vinden in alle behandelsettings -met uitzondering van de BGGZ mono setting- minimaal wekelijks plaats. Cliënten worden gedurende hun behandeling periodiek ingebracht in het MDO, klinische cliënten meer frequent afhankelijk van de behandelintensiteit, chronische cliënten minimaal jaarlijks. De regiebehandelaar zorgt dat er voldoende informatie beschikbaar is om de voortgang en kwaliteit van de zorg te kunnen beoordelen en stemt af met behandelaar en cliënt.

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

De besluitvorming met betrekking tot op- en afschalen van de zorgverlening vindt plaats in het MDO. Zowel bij iedere wijziging van het behandelplan komt deze vraag aan de orde, als ook na het afronden van het zorgpad waarvoor de cliënt geïndiceerd is. In de beschrijving van de zorgpaden zijn criteria opgenomen waaraan de cliënt dient te voldoen tbv op- en afschaalcriteria.

De overweging of er (nog) voldoende toegevoegde waarde (te verwachten) is van de behandeling is onderdeel van de bespreking in het MDO. De input van de ROM-gegevens worden hierbij betrokken, alsmede de wens van de cliënt en evt. naastbetrokkenen. Afhankelijk van de conclusie op deze overweging wordt besloten de behandeling ongewijzigd voort te zetten, de behandeling bij te stellen, of over te dragen dan wel te beëindigen. De besluiten worden vastgelegd in het voortgangsverslag of in de evaluatiemodule binnen het EPD. Uitgangspunt van de verslavingszorg binnen NK is dat er ambulant behandeld dient te worden waar mogelijk, en dat klinische zorg (primair) medisch noodzakelijk dient te zijn.

10d. Binnen Stichting Novadic-Kentron geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de volgende escalatieprocedure:

Bij een verschil van inzicht tussen de regiebehandelaar en overige behandelaren over de (voortgang van) de behandeling van een individuele cliënt, gaan we er in principe vanuit dat dit kan worden opgelost door uitwisseling van argumenten. Indien hier geen overeenstemming wordt bereikt (binnen de wettelijke en financiële kaders), wordt de kwestie ingebracht in het MDO in aanwezigheid van een specialist, zijnde een psychiater en/of klinisch psycholoog. Wanneer geen overeenstemming wordt bereikt kan worden overlegd met de teammanager. Aansluitend kan de Directeur Behandelzaken of de Geneesheer-Directeur worden geconsulteerd, die in het geval van een medisch dispuut of in het geval van een Wvggz cliënt, alles afwegend tot een besluit komt. Uitgangspunt is dat de cliënt van deze procedure zo min mogelijk hinder mag ondervinden, en dat de gekozen oplossing passend dient te zijn binnen de wensen van de cliënt, de professionele richtlijnen en de financiële kaders van de instelling. Een ander uitgangspunt is dat wanneer de behandeling tussentijds wordt gewijzigd, dat altijd in overleg met de direct betrokken behandelaren dient te gebeuren, en dat men hierin 'de lijn' volgt. Voor een verdere uitwerking van de escalatie procedure zie bijlage 'Professioneel Statuut'.

11. Dossiervoering en omgang met cliëntgegevens

11a. Ik vraag om toestemming van de cliënt 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 cliënt zijn diagnose niet kenbaar wil maken aan zijn zorgverzekeraar/ NZA:

Ja

12. Klachten en geschillenregeling

12a. Cliënten kunnen de klachtenregeling hier vinden:

Link naar klachtenregeling: <https://www.novadic-kentron.nl/hulp-en-advies/klacht-of-compliment-doorgeven/>

12b. Cliënten kunnen met geschillen over een behandeling en begeleiding terecht bij

Naam geschilleninstantie waarbij instelling is aangesloten: Geschillencommissie GGZ

Contactgegevens: Postbus 90600, 2509 LP Den Haag.

De geschillenregeling is hier te vinden:

Link naar geschillenregeling: <https://www.novadic-kentron.nl/hulp-en-advies/klacht-of-compliment-doorgeven/>

III. Het zorgproces - het traject dat de cliënt in deze instelling doorloopt

13. Wachtijd voor intake/probleemanalyse en behandeling en begeleiding

Cliënten vinden informatie over wachttijden voor intake en behandeling en begeleiding via deze link of document (en kunnen deze telefonisch opvragen). De informatie is –indien het onderscheid van toepassing is– per zorgverzekeraar en per diagnose.

Link naar wachttijden voor intake en behandeling: <https://www.novadic-kentron.nl/hulp-en-advies/wachttijden/> en kunnen deze telefonisch opvragen.

14. Aanmelding en intake/probleemanalyse

14a. De aanmeldprocedure is in de organisatie als volgt geregeld (wie ontvangt de telefonische aanmelding, wie doet de intake, hoe verloopt de communicatie met de cliënt):

De aanmeldprocedure start met het aanvragen van een verwijfsbrief door de cliënt bij de huisarts. De huisarts stuurt of mailt de verwijfsbrief naar NK. Is de huisarts aangesloten bij Zorgdomein dan kan een digitale verwijfing plaatsvinden. Nadat de verwijfsbrief ontvangen is wordt deze beoordeeld op inhoudt door intake-screenrs. Eventueel neemt de intake-screener contact op met de huisarts voor aanvullende inhoudelijke informatie of bij afwijzing.

Zorgadministratie Inschrijvingen controleert of de persoonsgegevens compleet zijn en of de cliënt verzekerd is. Eventueel nemen zij ook contact op met huisarts voor aanvullende informatie. Als er geen beletselen zijn voor een intake dan neemt een medewerker van inschrijvingen contact op met de cliënt om een intake afspraak te plannen met een passende afdeling. De intake vindt plaats met een betrokken zorgverlener en deels in aanwezigheid van een regiebehandelaar. Voorafgaand aan de intake wordt de cliënt gevraagd de intakevragenlijst in te vullen via een beveiligde webapplicatie en wordt er een herinnering gestuurd aan de cliënt.

14b. Binnen Stichting Novadic-Kentron wordt de cliënt doorverwezen naar een andere zorgaanbieder met een passend zorgaanbod of terugverwezen naar de verwijfzer –indien mogelijk met een passend advies- indien de instelling geen passend aanbod heeft op de zorgvraag van de cliënt:

Ja

15. Indicatiestelling

Beschrijf hoe de intake/probleemanalyse en indicatiestelling binnen Stichting Novadic-Kentron is geregeld (hoe komt de aanmelding binnen, hoe komt de afspraak met de cliënt voor de intake tot stand, wie is in de intakefase de regiebehandelaar en hoe komt die beslissing tot stand (afstemming

met cliënt), waaruit bestaan de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar bij het stellen van de diagnose):

Globaal valt de intake procedure uiteen in de volgende delen:

- 1) Via Zorgadministratie Inschrijvingen wordt telefonisch diverse informatie uitgevraagd en wordt, in afstemming met de cliënt, een intake datum gekozen. Waar nodig vragen zij overige gegevens op die van belang zijn t.b.v. de inschrijving en zorgvraag.
- 2) Voorafgaand aan de intake wordt cliënt een digitale vragenlijst toegestuurd (MATE Q).
- 3) De intake wordt uitgevoerd door een intaker (daarbij ondersteund door een regiebehandelaar). De cliënt ontvangt hiervoor een schriftelijke bevestiging. De intake vindt plaats in de regio waar de cliënt woonachtig is. Bij de intake worden de ingevulde vragenlijst gegevens nagelopen met de cliënt en worden overige zaken die van belang zijn voor indicatie besproken. De regiebehandelaar neemt deels ook deel aan de intake, en bespreekt de voorlopige conclusie van de intake in aanwezigheid met cliënt en mogelijk naastbetrokkenen. De intaker die op dat moment deelneemt aan de intakeprocedure is in deze fase het aanspreekpunt voor de cliënt.
- 4) Op basis van deze informatie wordt aan het einde van de intakeprocedure een inschatting gemaakt door een regiebehandelaar. Dit vormt input voor de triage en zorgpad toewijzing.
- 5) In deze fase wordt ook de HONOS vragenlijst ten behoeve van de zorgvraagtypering gescoord. De intaker vult de HoNOS+ vragenlijst in aan het einde van de intake en zet daarna deze klaar voor de RB. De RB bepaalt het zorgvraagtype tijdens het afronden van het behandelplan en zendt deze in.
- 6) De regiebehandelaar bespreekt de bevindingen aansluitend in een MDO (indicatie overleg). Zowel de kennis van de intakegesprekken, de wensen van de cliënt, als ook de uitkomst van de vragenlijsten zijn daarbij input. Hierin wordt de concept werkdiagnose en het concept behandelplan besproken. In het MDO wordt de diagnose vervolgens (eventueel gewijzigd) vastgesteld, evenals de behandelindicatie. In het MDO wordt tevens de definitieve regiebehandelaar vastgelegd en de behandelaar. Afhankelijk van de behandelindicatie kan dit een andere zijn dan de regiebehandelaar die de triage heeft gedaan. Dit zal indien mogelijk in overleg met de cliënt besloten worden.
- 7) Als de cliënt en de regiebehandelaar / intaker tot een concept behandelovereenkomst komen, dan wordt een afspraak gepland voor een adviesgesprek en eerste behandelgesprek. Hier wordt het definitieve behandelplan met diagnose besproken en ondertekend, vervolgens wordt de huisarts geïnformeerd.
- 8) De brief aan de huisarts met de indicatiestelling wordt opgesteld door de regiebehandelaar met daarin beknopte informatie over het behandeltraject. Indien NK geen passend aanbod heeft dat aansluit bij de zorgvraag van de cliënt, wordt de cliënt terug verwezen naar de huisarts. De huisarts ontvangt (na toestemming van de cliënt) dan een brief met een terugkoppeling van de intake en diagnose en een advies voor een beter passend behandelplan (bijvoorbeeld een ander echelon of een behandelaar met een andere specifieke deskundigheid).

16. Behandeling en begeleiding

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

Op basis van de informatie uit de intake en het MDO wordt bij aanvang van de behandeling door de uitvoerend behandelaar in afstemming met de regiebehandelaar een conceptbehandelplan opgesteld. Dit behandelplan wordt vervolgens in een van de eerste gesprekken besproken met de cliënt, waarna ofwel ondertekening door de cliënt plaatsvindt, ofwel het plan op onderdelen nog gewijzigd wordt op aangeven van de cliënt. Voor het opstellen van behandeldoelen maken we mede gebruik van de TevredenheidsLevenlijst (TvL). Daarin kan de cliënt zelf aangeven aan welke behandeldoelen en leefgebieden hij wil gaan werken.

De rol van het multidisciplinair team en medebehandelaars is bij het behandelplan met name het vooraf, in het MDO aansluitend op de intake, aangeven van mogelijke behandelpunten. De regiebehandelaar beheert, daarbij ondersteund door de behandelaar, het proces rondom behandelplan en evaluaties, en draagt er zorg voor dat tijdige bespreking in het MDO plaatsvindt, dan wel dat aanpassing van het behandelbeleid in het multidisciplinair team tijdig en goed in het behandelplan wordt aangepast en afgestemd met de cliënt. Het behandelplan wordt door zowel de

cliënt als door de regiebehandelaar ondertekend, bij voorkeur digitaal. De cliënt ontvangt een kopie van zijn behandelplan en kan deze te allen tijde in het online cliëntenportaal inzien. De huisarts ontvangt in ieder geval een huisartsbrief waarin een terugkoppeling van de intake en een afschrift van het voorgestelde behandelplan.

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

De regiebehandelaar is gedurende de behandeling formeel het eerste aanspreekpunt voor de cliënt en diens naastbetrokkenen. Dat betekent dat de regiebehandelaar goed op de hoogte dient te zijn van de behandeling en de voortgang daarin. Afhankelijk van de mate waarin de regiebehandelaar zelf ook feitelijk de behandeling uitvoert zal dus meer of minder overleg met medebehandelaars noodzakelijk zijn.

In de praktijk zal de uitvoerend behandelaar het meeste directe contact hebben met de cliënt en zal deze - in overleg met de regiebehandelaar en de cliënt - direct aanspreekpunt zijn. De regiebehandelaar blijft echter wel verantwoordelijk voor de coördinatie van de behandeling. Dat betekent dat de regiebehandelaar zich overtuigd weet van de bevoegd- en bekwaamheid van betrokken behandelaren en er voor zorg draagt dat de activiteiten van betrokken behandelaren op elkaar zijn afgestemd en bijdragen aan de behandeling van cliënt, en passen binnen het vastgestelde behandelplan en zorgpad. Ook ziet de regiebehandelaar toe op correcte dossiervoering en communicatie.

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

De voortgang van de behandeling wordt met de cliënt zelf gemonitord middels het regelmatig (afhankelijk van de behandelsetting: variërend van minimaal 3 maandelijks tot maximaal 12 maandelijks) afnemen van de ROM, het vaststellen van de behandeldoelen en middels een periodiek evaluatiegesprek met de cliënt. De ROM vragenlijsten worden digitaal aan cliënt aangeboden via de webapplicatie (BergOp). De resultaten worden met de cliënt besproken in periodieke evaluatiegesprekken. Indien er wijzigingen plaatsvinden in het behandelplan zal dit met cliënt mondeling dan wel schriftelijk worden doorgesproken. De cliënt wordt minimaal bij start behandeling (besproken), tussentijds, en aan het eind van de behandeling geëvalueerd. In deze evaluatie wordt gezien of er in het behandelplan bijstellingen plaats moeten vinden. Deze evaluatie vindt bij voorkeur plaats in aanwezigheid van de regiebehandelaar. Na het aflopen van het behandelplan vindt cliëntbespreking in het multidisciplinair overleg plaats, zowel om te evalueren of de doelen uit het behandelplan zijn behaald, alsook om eventueel een nieuw vervolg- behandelplan te bespreken. Input voor de cliëntbespreking zijn de uitslagen van de ROM, de conclusies uit het evaluatiegesprek met de cliënt en naasten, en de input van bij de behandeling betrokken medebehandelaren.

16d. Binnen Stichting Novadic-Kentron reflecteert de regiebehandelaar samen met de cliënt en eventueel zijn naasten de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling en begeleiding als volgt(toelichting op wijze van evaluatie en frequentie):

Met de cliënt vinden regelmatig tussenevaluaties plaats met betrekking tot de voortgang van de behandeling. Expliciet aan de orde in de evaluatie met de cliënt komt wat de cliënt zelf vindt van de voortgang en hoe de cliënt verder wil. Binnen NK bespreken we samen met de cliënt (en naasten) de behandeldoelen en leefgebieden waaraan hij/zij wil werken. Binnen de CRA methodiek vormt dat, tezamen met de afstemming met de cliënt, de kern van 'shared decision making'. Ter voorbereiding vult de cliënt zelf ROM vragenlijsten in, ofwel via onze digitale tool (BergOp) of samen met de behandelaar in de behandelkamer. De ROM resultaten dienen als input voor het MDO en de evaluatie met de cliënt.

De frequentie van de evaluatiegesprekken is afhankelijk van de behandelintensiteit en mogelijke wijzigingen in het behandelplan. Streven is om minimaal driemaandelijks een evaluatiegesprek te voeren. In de praktijk wordt vaak in de context van het behandelgesprek ook regelmatig de voortgang van de behandeling besproken.

16e. De tevredenheid van cliënten wordt binnen Stichting Novadic-Kentron op de volgende manier gemeten (wanneer, hoe):

De tevredenheid wordt gemeten met de CQ-index. De CQ-index is opgenomen in de digitale webapplicatie (BergOp). De frequentie waarmee de CQ-index wordt afgenomen is beperkt, gezien de doelstelling van het instrument. De CQ-index wordt in ieder geval afgenomen rond het einde van een behandeltraject / afronding behandeling. In een klinische setting wordt eveneens een CQ-index afgenomen rond het einde van de opnameperiode. De cliënt ontvangt hiertoe via de e-mail een link waarop hij / zij de vragenlijst kan invullen.

17. Afsluiting/nazorg

17a. De resultaten van de behandeling en begeleiding en de mogelijke vervolgstappen worden als volgt met de cliënt en diens verwijzer besproken (o.a. informeren verwijzer, advies aan verwijzer over vervolgstappen, informeren vervolgbehandelaar, hoe handelt instelling als cliënt bezwaar maakt tegen informeren van verwijzer of anderen):

Afsluiting vindt plaats in overleg met de cliënt. Voordat de behandeling wordt afgesloten vindt eerst een evaluatie plaats, inclusief ROM. De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat de bevindingen hiervan worden besproken in het MDO. Indien het advies vanuit het MDO is om de behandeling te beëindigen en na overleg met de cliënt hiertoe wordt besloten, dan wordt onder de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar, een uitschrijfbrief opgesteld. Deze uitschrijfbrief vermeldt de aanmeldreden, het behandelverloop, de actuele DSM-5 diagnose, het actuele medicatie gebruik en indien van toepassing een advies vervolgbehandeling. De brief wordt opgeslagen in het EPD en naar de huisarts verzonden, tenzij de cliënt hier bezwaar tegen maakt (In de toestemmingsverklaring die cliënt bij de start van de behandeling heeft getekend staat dat NK de huisarts informeert bij afronding van de behandeling middels een uitschrijfbrief). In het geval dat vanuit het MDO een advies voor vervolg behandeling bij een andere instelling is gedaan kan, na instemming van de cliënt, NK zorgdragen voor verwijzing. De informatie uit de uitschrijfbrief zal dan naar de vervolgbehandelaar worden toegezonden ter informatie. In overige gevallen zal NK alleen de uitschrijfbrief toezenden aan een vervolgbehandelaar als deze daar om verzoekt en de toestemming van de cliënt daartoe gegeven is.

17b. Cliënten of hun naasten kunnen als volgt handelen als er na afsluiting van de behandeling en begeleiding sprake is van crisis of terugval:

Indien de crisis of terugval zich voordoet binnen drie maanden na afsluiting van de behandeling, en de cliënt weer een beroep wil doen op ondersteuning of behandeling, dan kan deze zich weer aanmelden via Zorgadministratie Inschrijvingen voor een heraanmeldingsgesprek. In dit heraanmeldingsgesprek wordt gekeken of vervolg-behandeling binnen NK mogelijk is. Vindt de crisis of terugval plaats en is er acute zorg noodzakelijk, dan dient de cliënt zich te richten tot de huisarts en de crisisdienst. NK heeft geen crisisdienst, deze is voorbehouden aan de GGZ in Noord-Brabant. In het geval van een acute crisis - bij een uitgeschreven cliënt - dient de cliënt of de naastbetrokkene de huisartsenpost te bellen, welke dan mogelijk zal doorverwijzen naar de regionale crisisdienst.

IV. Ondertekening

Naam bestuurder van Stichting Novadic-Kentron:

Attje Kuiken

Plaats:

Vught

Datum:

11 november 2025

Ik verklaar dat ik me houd aan de wettelijke kaders van mijn beroepsuitoefening,

handel conform het Landelijk kwaliteitsstatuut ggz 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.