

Goedgekeurd kwaliteitsstatuut ggz – vrijgevestigden 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

Naam regiebehandelaar: M ZUKETTO

BIG-registraties: 19061414625

Overige kwalificaties: 19061414616

Basisopleiding: ontwikkelingspsychologie, GZ, KP-PT opleiding en opleiding tot cognitief gedragstherapeut. Supervisor en leertherapeut VGCT en VKJP

Persoonlijk e-mailadres: melina.zuketto@casema.nl

AGB-code persoonlijk: 94015871

Praktijk informatie 1

Naam Praktijk of Handelsnaam: Therapie- en coachingspraktijk Zuketto

E-mailadres: tcp.zuketto@ziggo.nl

KvK nummer: 69764344

Website: www.tcpzuketto.nl

AGB-code praktijk: 94069219

1b. Werkt u op meer dan één locatie, geef dan de locaties en adresgegevens hieronder in:

2. Biedt zorg aan in

Er is sprake van een overgangssituatie daarbij 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.

2a.

Hier dient in ieder geval één optie te worden aangevinkt. Meerdere opties zijn mogelijk.
de gespecialiseerde-ggz

2b. Biedt zorg aan in setting 1 en vult de voorwaarden ten aanzien van de indicerende en coördinerende rol als volgt in:

Ik ben als Klinisch psycholoog-psychotherapeut/cognitief gedragstherapeut VGCT/systeemtherapeut werkzaam in specialistische GGZ en jeugd GGZ waar ik zelf de specialistische diagnostiek en de psychotherapie uitvoer.

3. Beschrijving aandachtsgebieden/zorgaanbod

Cliënten kunnen met de volgende problematiek in de praktijk terecht (zoals aandachtsgebieden, type klachten, behandelvorm):

3a. Beschrijf in maximaal 10 zinnen de algemene visie/werkwijze van de praktijk en hoe uw cliëntenpopulatie eruit ziet. Bijvoorbeeld: op welke problematiek/doelgroep richt de praktijk zich, betreft u familie/omgeving in de behandeling, past u eHealth(toepassingen) toe, etc.:

Patiënten/cliënten kunnen met de volgende problematiek bij Therapie- en coachingspraktijk Zuketto terecht; angst, stemming, trauma, eetstoornissen, genderproblematiek, hechtingsproblematiek welke zich in het latere leven vaak in persoonlijkheidsproblematiek gaat vertalen.

Belangrijk voor te starten diagnostiek en psychotherapie is dat iemand bereid is te kijken naar wat

degene zelf m.b.t. zijn/haar problematiek kan doen. Psychotherapie gaat voor een belangrijk deel over het verkrijgen van een interne locus of control.

Diagnostiek en psychotherapie en regiebehandelaarschap wordt bij Therapie- en coachingspraktijk Zuketto altijd opgepakt door Melina Zuketto, Klinisch psycholoog-psychotherapeut zelf.

3b. Cliënten met de volgende hoofddiagnose(s) kunnen in mijn praktijk terecht:

Angststoornissen

Depressieve stemmingsstoornissen

Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen

Restgroep (Dissociatieve stoornissen; Stoornissen in zindelijkheid; Slaap-waakstoornissen; Seksuele disfuncties; Genderdysforie; disruptieve impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen; Parafiele stoornissen; Overige psychische stoornissen; Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie)

Somatische symptoomstoornis en verwante stoornissen

Trauma en stress gerelateerde stoornissen

Voedings- en eetstoornissen

4. Samenstelling van de praktijk

Aan de praktijk zijn de volgende zorgverleners verbonden:

Regiebehandelaar 1

Naam: Melina Zuketto, Klinisch psycholoog

BIG-registratienummer: 19061414625

Regiebehandelaar 2

Naam: Melina Zuketto, psychotherapeut

BIG-registratienummer: 19061414616

5. Professioneel (multidisciplinair) netwerk

5a. Ik maak gebruik van een professioneel (multidisciplinair) netwerk waaronder:

Huisartsenpraktijk(en)

Collegapsychologen en -psychotherapeuten

ggz-instellingen

5b. Ik werk in mijn professioneel (multidisciplinair) netwerk het meest, frequent, samen met (naam/namen en indien van toepassing BIG-registratie(s)):

Therapie- en coachingspraktijk Zuketto werkt ten behoeve van de behandeling van patiënten/cliënten/patiëntenzorg samen met diverse huisartsen(praktijken) en andere (vrij gevestigde) praktijken in Utrecht maar ook in andere steden in midden Nederland.

Therapie- en coachingspraktijk werkt ten behoeve van de behandeling van kinderen, jeugdigen en het systeem waar zij onderdeel van uitmaken samen met o.a. huisartsen, collega hulpverleners, jeugdzorgaanbieders, jeugdbescherming, scholen en (kinder)artsen.

Specifieke samenwerkingsafspraken worden voor iedere cliënt op maat gemaakt. Op de website staat duidelijk vermeld wat Therapie- en coachingspraktijk Zuketto wel en niet kan bieden: oftewel wat wij wel en niet in onze marktkraam hebben.

TCPZ ziet patiënten/cliënten en hun systemen van 6-23 jaar.

5c. Ik maak in de volgende situaties gebruik van dat professionele (multidisciplinaire) netwerk, tenzij de cliënt daarvoor geen toestemming geeft:

Bij op- en afschalen vindt altijd overleg met cliënt en verwijzer plaats (afzonderlijk van elkaar of gezamenlijk) om tot een goede door- en of terugverwijzing te komen.

Bij afschalen kan gedacht worden aan overdracht naar de POH GGZ van de huisarts, een zorgverlener van het sociaal team van de gemeente of naar zorgaanbieders die begeleiding (i.p.v. behandeling) bieden. TCPZ kan geen medicamenteuze behandeling bieden.

Melina Zuketto volgt intervisie passend bij haar lidmaatschappen en aanvullende titels c.q. kwalificaties (Klinisch psycholoog BIG /psychotherapeut BIG /cognitief gedragstherapeut VGCT/ VKJP lid specialist/supervisor/leertherapeut, NVP lid en leertherapeut en VGCT docent/supervisor/leertherapeut).

5d. Cliënten kunnen gedurende avond/nacht/weekend/crises terecht bij (mijzelf, ggz-crisisdienst of voor fysieke aspecten huisartsenpraktijk/post, spoedeisende eerste hulp):

De praktijk beschikt NIET over een eigen crisisdienst. Buiten kantooruren kunt u bij crisis- en/of spoedeisende situaties contact opnemen met uw huisarts.

Bij opschalen kan eventueel wel gedacht worden aan een doorverwijzen naar een grotere instellingen met een crisisdienst, deeltijd- of opname mogelijkheden.

5e. Heeft u specifieke afspraken met een ggz-crisisdienst, HAP of SEH?

Nee, omdat: Deze vrijgevestigde praktijk heeft een doelgroep waarbij dit niet nodig is.

5f. Ik vorm een lerend netwerk met de volgende vijf (inclusief mijzelf) zelfstandig werkende zorgverleners of heb mij aangesloten bij het lerend netwerk van de volgende zorgaanbieder:

Ik heb als Klinisch psycholoog-psychotherapeut daarnaast ook -conform de herregistratie eisen voor Klinisch psycholoog FGZPT - intervisie met andere Klinisch psychologen die op andere S-GGZ plekken werkzaam zijn. drs. Laura Knoop, Klinisch psycholoog-psychotherapeut BIG nummer: 09920763925 (KP) en 29920763916 (PT) en drs. EM Meijer, Klinisch psycholoog-cognitief gedragstherapeut VGCT BIG nummer 29056190325 en drs. Perlita Marti gezondheidszorgpsycholoog en cognitief gedragstherapeut VGCT 19919493425 (GZ) sluit ook bij deze intervisie aan.

Van deze bijeenkomsten worden ook notulen gemaakt en die dienen ook geüpload te worden in ieders KP herregistratie dossier en worden daar ook getoetst. Hier wordt ook casuïstiek gelezen, besproken en van feedback voorzien.

Daarnaast is er ook extern 1 andere GZ psycholoog/EMDR therapeut/senior schematherapeut: drs. J Vencken BIG nummer 19064374525 die mijn casuïstiek ook meeleest en van feedback voorziet en bij wie ik deze rol voor haar vervul. Zij is vrijgevestigd therapeut.

5g. Het lerend netwerk geeft op deze manier invulling aan het samen leren en verbeteren:

We bespreken samen diagnostiek, behandelingen en lastige dilemma's die hierbij kunnen ontstaan. We denken met elkaar mee in in te zetten onderzoeksvormen -conform de richtlijnen en protocollen- en in te zetten test en vragenlijsten en we denken met elkaar mee over passende samenwerkingspartners die vooraf aan het traject van een patiënt en diens systeem bij ons al kunnen worden ingezet en ketenpartners die na een traject bij ons ingezet kunnen worden of ketenpartners als opschalen nodig is.

6. Contracten met zorgverzekeraars en de vergoeding van verzekerde zorg

Heeft u een contract met de zorgverzekeraar?

Nee

7. Behandeltarieven:

Ik heb de tarieven die ik hanteer gepubliceerd op mijn website of in de praktijk.

Ik hanteer voorwaarden en een tarief voor no-show: gepubliceerd op mijn website of in de praktijk.

Link naar website met de behandeltarieven, en eventueel no-show voorwaarden en no-show tarief: www.TCPzuketto.nl

8. Kwaliteitswaarborg

Ik voldoe aan de volgende kwaliteitseisen, voortvloeiend uit mijn beroepsregistratie, specialisme of branche/beroepsvereniging:

Intervisie

Bij- en nascholing

Registratie-eisen van specifieke behandelvaardigheden

De beroepscode van mijn beroepsvereniging

Anders: Lid NIP, VKJP, VGCT, FGZPt, NVP

Ik ben supervisor/leertherapeut met bijbehorende herregistratie eisen voor VGCT, NVP, VKJP en NVRG.

Link naar website met bewijsvoering van de basiskwaliteitseisen van uw beroepsgroep:

www.TCPZuketto.nl

Organisatie van de zorg

9. Klachten- en geschillenregeling

Mijn cliënten kunnen met klachten en geschillen over mij of mijn behandeling terecht bij mij of bij (naam en contactgegevens klachtenfunctionaris):

Wij hanteren de klachtenregeling van de NVP.

Link naar website:

<https://www.psychotherapie.nl>

10. Regeling bij vakantie en calamiteiten

10a. Cliënten kunnen tijdens mijn afwezigheid gedurende vakantie en ziekte terecht bij

Naam vervangend behandelaar:

GZ psycholoog/EMDR therapeut/senior schematherapeut: drs. J Vencken BIG nummer 19064374525
zij is eveneens vrijgevestigd therapeut.

10b. Ik heb overdracht geregeld en vastgelegd in geval de praktijk plotseling sluit wegens overlijden of andere calamiteiten:

Ja

II. Het zorgproces - het traject dat de cliënt in de praktijk doorloopt

11. Wachtijd voor intake en behandeling

Cliënten vinden informatie over wachttijden voor intake en behandeling en begeleiding via deze link of document (en kunnen deze telefonisch opvragen).

Link naar wachttijden voor intake en behandeling: www.tcpzuketto.nl

12. Aanmelding en intake/probleemanalyse

12a. De aanmeldprocedure is in de praktijk als volgt geregeld (zoals: wie ontvangt de telefonische aanmelding, wie doet de intake, hoe verloopt de communicatie met de cliënt):

Intake/aanmelding: Cliënten worden naar TCP Zuketto verwezen door de huisarts of gemeente. Ze kunnen op de website aangeven een vraag aan TCP Zuketto te hebben en dan nemen wij contact met hen op om te kijken of die vraag passend is bij wat de praktijk te bieden heeft. \

Als TCP Zuketto geen passend aanbod heeft voor de zorgvraag, dan wordt de cliënt terugverwezen naar de verwijzer (met onderbouwing van de terugverwijzing en een suggestie voor een meer passende zorgaanbieder). Als de zorgvraag past bij het zorgaanbod van de praktijk wordt een intake gepland en wordt de verdere (aanmeld)procedure met de cliënt doorgesproken. Vervolgens krijgt de cliënt een afspraakbevestiging met het aanmeldpakket toegestuurd met het verzoek de aanmeldformulieren, behandelovereenkomst, de verwijfsbrief en (bij gescheiden ouders) de toestemmingsverklaring te ondertekenen en/of in het geval eenhoofdig gezag een uittreksel uit het Gezagsregister retour te sturen. Wanneer alle formulieren volledig en ondertekend retour zijn ontvangen verwerken wij de aanmelding in het EPD. Hierbij wordt ook de verslaglegging van de

telefonische screening / pré-intake opgenomen. De intake wordt altijd gevoerd door Melina Zuketto, Klinisch psycholoog-psychotherapeut/cognitief gedragstherapeut VGCT - regiebehandelaar.

Bij een intake in de S-GGZ en J-GGZ wordt gekeken of het gaat over een diagnostiek- en/of een behandelvraag. Ook bij een behandelvraag dient vaak nog een kort diagnostisch traject plaats te vinden om de klachten te objectiveren c.q. normeren en om tot een adequate voormeting te komen.

Bij een diagnostiekvraag kan het gaan om een enkelvoudige vraag of een vraag die over meerdere problemen gaat. Bij een intake in de S-GGZ door een Klinisch psycholoog-specialist worden altijd de differentiaal diagnosen meegenomen. Om een psychiatrische stoornis überhaupt vast te mogen stellen moeten andere stoornissen c.q. oorzaken eerst geëxcludeerd c.q. uitgesloten worden. En er is bekend dat comorbiditeit veel meer voorkomt dan slechts de aanwezigheid van 1 stoornis. Daarom is het belangrijk om alle differentiaal diagnosen vanuit de wetenschappelijke literatuur en -onderzoek bij aanvang direct al mee te nemen en te screenen. Als bij deze eerste screening (<18 jaar middels ASEBA lijsten: YSR, TRF, CBCL moeder (M), CBCL vader (V)) (sub)klinische verhogingen naar voren komen -> dan ook meer klacht specifieke genormeerde en gevalideerde vragenlijsten inzetten (bijvoorbeeld AVL, VVGK, SRS, SCARED-NL, Cries) en/of een semigestructureerd interview (DISC/K-SADS/Mini/SCID). Als dan blijkt dat er sprake is van meerdere stoornissen, noodzaakt dit tot transdiagnostisch kijken en werken en het inzetten van diagnostiek op de overlap in mogelijke oorzaken van tussen al die problematieken. Bij het transdiagnostisch werken gaat het over aspecten die niet onder een classificatie vallen maar wel veroorzakende danwel in standhoudende factoren zijn. Als er sprake is van (forse) comorbiditeit moet op een ander niveau geïntervenieerd gaan worden. Daar zijn andere interventies voor nodig en de werkwijze en procedure zijn dan ook anders vanuit wat deze problematiek vraagt. Familiaire belasting wordt direct in het eerste gesprek al expliciet nagevraagd want dit geeft meteen richting voor de verschillende differentiaal diagnosen en of stoornissen al na deze eerste screening af kunnen vallen.

Werkwijze/-proces vervolg intake- en diagnostiekfase:

De hier genoemde vragenlijsten kunnen al voor de intake worden opgestuurd of direct na het eerste intakegesprek worden klaargezet met de afspraak dat de lijsten voor het eerstvolgende gesprek ingevuld moeten zijn. De uitkomsten hiervan komen in het intakeverslag.

Tijdens het eerste intakegesprek nagaan welke hypothesen gecheckt moeten worden in aanvullend onderzoek inclusief differentiaal diagnosen. Die moet je includeren danwel excluderen. Conform richtlijnen en hypothesen van intake aanvullend onderzoek inzetten. Passende vraagstellingen-hypothesen voor deze specifieke diverse onderzoeken komen later nog aan bod. Deze onderzoeksvormen kunnen binnen 4 weken plaatsvinden (week 1 intake 1; week 2 intake 2 en week 3 intake 3, week 4 (verder) uitwerken van alle gegevens) en de week daarna kan het adviesgesprek plaatsvinden met beide ouders en kind/jongere waarin besproken kan worden of er na het diagnostiektraject nog een (ehealth)behandeling nodig is of dat behandeling elders beter past of dat de diagnostiekvraag beantwoord is en er geen vraag meer ligt en het dossier kan worden gesloten. Indien geïndiceerd kan er ook nog een tweede adviesgesprek met school, kind en ouders plaatsvinden.

Opties voor de aanvullende diagnostiek na de eerste intake zijn:

- PO (psychologisch onderzoek) IQ; hypothesen toetsen. Hiermee kun je niet classificeren wel verklaren en ingrediënten aanleveren voor (niveau, discrepantie, profiel analyse, wat zegt een bepaalde uitval of piek, verklaart dit al een deel de klachten?). Dit komt in een los psychologisch onderzoeksverslag.
- PO neuro; hypothesen toetsen. Hiermee kun je niet classificeren. Wel verklaren en ingrediënten aanleveren voor (fijne motoriek, oog-handcoördinatie, rijping hersenen, aandachtsconcentratie, geheugen -auditief en visueel-, planning en executieve functies, impulsiviteit, hypothese genererend

en -toetsend vermogen, waarneming, inprenting). Dit komt in los psychologisch onderzoeksverslag (mag wel samen met IQ-verslag).

- PO persoonlijkheid; hypothesen toetsen. Hiermee kun je niet classificeren. Wel verklaren en ingrediënten aanleveren voor (stemming, angsten, eetproblemen, zelfbeeld, coping, emotieregulatie, hechting, temperament, realiteitstoetsing, egostructuur -> richting geven aan welke therapie wel/niet, sociaal emotionele ontwikkeling, gewetensontwikkeling, identiteit, gezinsbeleving, persoonlijkheidsontwikkeling). Dit komt in los psychologisch onderzoeksverslag (mag wel samen met het IQ- en NPO-verslag).

- Ontwikkelingsanamnese (OA): hypothesen toetsen. Vraag voor classificatie beantwoorden inclusief alle differentiaal diagnosen. Hier tijdens het gesprek al op anticiperen. Aangeven welke info past bij de hypothesen maar ook welke info juist niet, die de hypothesen echt tegenspreken. Dit moet je voor alle hypothesen en differentiaal diagnosen doen. Mogelijk ontstaan er door de gegeven c.q. geleverde informatie ook weer nieuwe hypothesen. Er is een ontwikkelingsanamnese vragenlijst speciaal voor bij de autisme hypothese (bv Rimland), voor bij hechtingsproblemen en er is een meer algemene ontwikkelingsanamnese vragenlijst. Afhankelijk van de hypothesen na intake de juiste versie al aan ouders mailen met de afspraak deze al ingevuld terug te krijgen voor het 2e intakegesprek met ouders. Deze volledig ingevulde versie wordt in het dossier gehangen. In het intakeverslag wordt een samenvatting gezet die de belangrijkste informatie in het licht van de hypothesen en onderzoeksvragen bevat, ook welke informatie contra de hypothesen pleit en/of welke informatie tot nieuwe hypothesen leidt die verder onderzocht dienen te worden.

- Ouderanamnese: met elke ouder, samen of apart. Gezin van herkomst, hun eigen opvoeding, wat willen ze hun kinderen meegeven en wat juist niet - vaak op basis van hun eigen opvoeding- hoe is hun eigen autonomie-ontwikkeling, separatie en identiteitsvorming geweest, hun eigen sociale steun en netwerk, emotieregulatie, eigen trauma's, hechtingsstijl en -breuken en eigen psychiatrische problematiek en wat men daarmee heeft gedaan en wat daarin heeft geholpen en wat niet, etc. Hiermee kun je niet classificeren en dus ook niet de classificatievraag mee beantwoorden. Men kan wel op basis van de uitkomsten van de andere onderzoeksopties hypothesen hierover hebben. De Klinisch psycholoog bepaald of op basis van de informatie eerst de OA en dan de ouderanamnese moet of juist eerste de ouderanamnese en dan pas de OA. Deze informatie wordt in een los bestand in het dossier gehangen en deze informatie is ook niet standaard ter inzage wanneer het dossier wordt opgevraagd. In het decursus dient de Klinisch psycholoog te vermelden wat ouders maar ook de diagnosticus hierover besluiten in het kader van goed hulpverlenerschap naar de patiënt en naar ouders/het systeem toe.

- Gezinsdiagnostisch onderzoek (GDO): hypothesen passend bij GDO toetsen. Aangeven welke info past bij hypothesen maar ook welke info juist niet. En mogelijk verkrijg je nieuwe informatie die tot een nieuwe, andere hypothesen leidt. Vraagstelling kan kort gezegd over veroorzakende of in standhoudende factoren in het systeem en over in welk systeem de patiënt opgroeit/verblijft en wat het effect van de klachten van de patiënt op het systeem en de systeemleden is en welk effect het gezin op de patiënt heeft. Deze informatie wordt in een los bestand in het dossier opgeslagen.

- Psychiatrisch onderzoek door specialist (psychiater of kp'er): hypothesen toetsen. Vraag voor

classificatie beantwoorden inclusief alle differentiaal diagnosen. Aangeven welke info past bij hypothesen maar ook welke info juist niet. Deze informatie wordt in een los bestand in het dossier opgeslagen.

Deze mogelijke vormen van onderzoek leiden tot een geïntegreerde beeld c.q. beschrijvende diagnose en classificatie welke in een los verslag in het dossier wordt aangemaakt. Hierin integreert de Klinisch psycholoog de uitkomsten van alle bovengenoemde onderzoeken en wordt een antwoord gegeven op de onderzoeksvragen. De uiteindelijke DSM 5 classificatie wordt pas hier in dit document gesteld en de behandelindicatie (met o.a. optie eHealth) en behandeldoelen (SMART, concreet en specifiek voor methodiek die wordt ingezet) volgen ook pas hier.

Om extra werk bij inzage of bij gescheiden ouders (op later moment) te voorkomen wordt de informatie op bovengenoemde wijze in het dossier geplaatst. Sommige onderzoeksonderdelen zijn niet ter inzage voor een partij. Bijvoorbeeld bij gescheiden ouders de ouderanamnese van moeder voor vader (haar ex-man) en vice versa. Hetzelfde geldt overigens voor de inhoud van de ouderanamnesen voor kind/jongere. Die is ook niet standaard ter inzage. De Klinisch psycholoog kan ertoe besluiten als het passend en niet schadelijk is en de desbetreffende ouder akkoord is maar in principe gaat die niet mee bij inzage in dossier. De conclusie erover en de link met de problematiek c.q. klachten van de jongere is wel na te lezen voor de jongere maar die staat al in het verslag over het geïntegreerde beeld.

Een casus zit in de diagnostiekfase totdat er overeenstemming met alle betrokkenen over de probleemanalyse en -definiëring is bereikt. Pas daarna kan er een behandelplan worden gemaakt: startend met een beschrijvende diagnose, DSM 5 classificatie en de behandeldoelen en pas vanaf dit moment gaat de behandelfase in. In praktische structuur (weergeven in de verslaglegging en in decursus):

Week 1 eerste intakegesprek met kind/jongere en beide ouders. Decursus schrijven van de afspraak, inhoudelijke verslaglegging kan (ook op een later moment) gebeuren.

Week 2 tweede intakegesprek met alleen kind/jongere of de ouders. Op basis van de leeftijd of de klachten plant en communiceert de intaker dit. Decursus schrijven van de afspraak, inhoudelijke verslaglegging kan (ook op een later moment) gebeuren.

Week 3 derde intakegesprek met alleen kind/jongere of de ouders. Op basis van de leeftijd of

de klachten plant en communiceert de intaker dit. Decursus schrijven van de afspraak, inhoudelijke verslaglegging kan (ook op een later moment) gebeuren.

Week 4 verslagleggingstijd voor intaker/diagnosticus. Vooraf inplannen en borgen.

Week 5 adviesgesprek (AVG): bespreken van de uitkomsten van intake 1, 2, 3 en de ingevulde

vragenlijsten van alle informanten en de ontwikkelingsanamnese. Bij dit contact wordt in het dossier genoteerd of kind/jongere het beeld herkent en akkoord is met deze weergave en beschrijving. In de verslaglegging staat dit contact met datum, wie aanwezig waren en toestemming hebben gegeven expliciet vermeld.

Week 6 het geïntegreerde gegevens verslag wordt na het adviesgesprek nog gecompleteerd met de reactie van kind/jongere en ouders op het inhoudelijke verhaal en op de voorgestelde behandeling. Dit verslag gaat naar de huisarts en CC conform de wettelijke regels naar kind/jongere en ouders (< 12 jaar alleen naar ouders, 12-16 jaar naar de jongere en ouders en > 16 jaar alleen naar de jongere).

Indien nodig kan een casus worden ingebracht in de maandelijkse KP intervisie.

Indicatiestelling: op basis van de as I problematiek en/of de ego-sterkte en -structuur en/of sterke kanten en minder sterke kanten van het systeem wordt een behandelindicatie gesteld conform de richtlijnen en de protocollen en de wetenschappelijke literatuur en stand van zaken.

12b. Ik verwijz de cliënt naar een andere zorgaanbieder met een beter passend zorgaanbod of terug naar de verwijzer –indien mogelijk met een passend advies- indien de praktijk geen passend aanbod heeft op de zorgvraag van de cliënt:

Ja

13. Behandeling en begeleiding

13a. De cliënt is geïnformeerd over degene die het aanspreekpunt is tijdens de behandeling (naam en functie van de betreffende persoon zijn bekend bij de cliënt):

Ja

13b. Bij langer durende behandeling (> 12 weken) stuurt de indicierend regiebehandelaar een afschrift of samenvatting van het behandelplan als brief naar de huisarts (of andere verwijzer), tenzij de cliënt daarvoor geen toestemming geeft:

Ja

13c. Ik draag zorg voor goede communicatie met de cliënt en –indien van toepassing en met toestemming van de cliënt- diens naasten, over het beloop van de behandeling en begeleiding. Ik doe dat als volgt:

Behandelplan en regelmatige evaluatiemomenten van behandelplan met cliënt (en ouders). ROM gegevens bespreken voor monitoring behandeling (voor-, tussen- en eindmeting: onze vragenlijsten worden via BergOp aan patiënt, ouders en school/andere partij uit derde milieu verstuurd. De keuze voor vragenlijsten vloeit voort uit de richtlijnen en protocollen bij desbetreffende problematiek.

Voor overleg en informatie-uitwisseling naasten en derden toestemmingsformulier laten ondertekenen en info vooraf bespreken.

Huisartsenbrief tijdens de behandeling en als ontslagbrief bespreken met cliënt (en ouders).

Op de website www.tcpzuketto.nl staat wanneer en hoe de praktijk bereikbaar is.

13d. De voortgang van de behandeling en begeleiding wordt in de praktijk als volgt gemonitord (zoals voortgangsbespreking behandelplan, evaluatie, vragenlijsten, ROM):

> week 7 behandeldeel kan starten conform de voorgestelde en gemaakt afsprakenreeks. Voor

KP/PT behandeling gaat het dan vaak om 12-15 wekelijkse individuele psychotherapie afspraken en 12-15 ouderbehandelingen bij wekelijkse sessies en 6-7 bij tweewekelijkse sessies. In voorlaatste sessie individueel en met ouders worden de vragenlijsten van de behandelmetering (TX) gedaan.

Week 18-21 Evaluatiegesprek (EV1) met kind/jongere en beide ouders en individueel psychotherapeut en ouderbehandelaar. Terugkijken op afgelopen behandelperiode, zowel op inhoud- als op procesniveau als op interpersoonlijk contact met kind/jongere en ouders; kijken hoe het dan met de klachten gaat ook middels de uitkomsten van de behandelmetering (T2) en of er nieuwe klachten bij zijn gekomen; gaat het goed genoeg om af te sluiten; zo ja -> afsluiten; zo nee, wat zijn dan doelen voor de komende behandelperiode. Dit verhaal wordt beschreven onder/in het geïntegreerde onderzoeksverslag - behandelplan en opgeslagen als behandelplan 2 en ook dit plan kan naar de huisarts en cc naar jongere en ouders. NB: klachten hoeven niet helemaal weg of over te zijn om af te kunnen ronden. Als kinderen en ouders voldoende tools vanuit een behandeling aangeboden hebben gekregen en snappen wat ze moeten doen en in principe ook de vaardigheid en de kennis hebben om die aspecten toe te passen moeten ze daar vaak zelf nog een tijd mee aan de slag blijven gaan. Dat proces hoeft de S-GGZ niet meer helemaal te volgen en te monitoren. Indien nodig en overeengekomen volgt behandelperiode 2, ook weer middels een afsprakenkaart.

Week 34-36 Evaluatiegesprek (EV2) met kind/jongere en beide ouders en individueel psychotherapeut en ouderbehandelaar. Terugkijken op de 2e behandelperiode op zowel inhoud- en procesniveau (1ste en 2e periode) als op interpersoonlijk contact met kind/jongere en ouders (1ste en 2e periode); kijken hoe het dan met de klachten gaat ook middels de uitkomsten van de behandelmetering (T3) en of er nieuwe klachten bij zijn gekomen; gaat het goed genoeg om af te sluiten; zo ja ontslagbrief naar de huisarts; zo nee, wat zijn dan doelen voor de komende behandelperiode? Dit verhaal wordt toegevoegd aan het eerdere geïntegreerde onderzoeksverslag - behandelplan en opgeslagen als behandelplan 3 en ook dit plan of de ontslagbrief kan naar de huisarts en cc naar jongere en ouders. Zelfde NB als bij vorig punt. Etc. zo vaak als nodig is. Echter in S-GGZ jeugd is de ervaring dat de

meeste behandelingen door een KP/PT binnen 1 a 1,5 jaar (dus 3 a 4 behandelperiodes) afgerond kunnen worden. Een protocollaire CGT behandeling kan na 3 maanden worden afgesloten en kan ook als zodanig worden aangekondigd.

Week x wanneer eindconclusie is dat de behandeling kan beëindigd worden: dan volgt (streven

is binnen 1 week) de ontslagbrief. Getracht wordt om die tijd hiervoor al bij planning van de behandelperiode in te plannen, die tijd kan dan gebruik worden om ofwel het nieuwe behandelplan te schrijven en versturen danwel de ontslagbrief te maken. Deze dient nog te worden voorgelegd aan jongere en/of ouders echter in deze werkwijze is die informatie in het evaluatieverslag al besproken en gedeeld op alle niveaus en kan op einde van EVX al toestemming gevraagd worden om de in dat gesprek besproken informatie te delen met de huisarts - de ontslagbrief aan huisarts die vooraf conform de wettelijke vereisten afhankelijk van de leeftijd aan jongere en/of ouders word

13e. Ik reflecteer periodiek en tijdig met de cliënt (en eventueel zijn naasten en/of medebehandelaren) de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling. Als standaardperiode hanteer ik hiervoor:

Een Klinisch psycholoog-specialist verbreed en verdiept de kijk op het kind en het systeem samen met het systeem en de jongere en kan daarin ook meerdere stromingen integreren en een nieuw narratief maken zonder steeds te moeten wisselen van behandelaar wat bij S-GGZ vaak niet-wenselijk is. Een Klinisch psycholoog werkt meer met wat er ter plekke in de kamer en in de relatie en in de interactie (niet) gebeurt. Zij is op specialistisch niveau getraind in valideren, erkennen en containen van moeilijke en nare dingen maar ook in het tegelijkertijd begrenzen en in het spiegelen en geven van directe feedback waar nodig. Zij adresseert ook zaken als primitieve afweer en (tegen)overdracht en kan hier helpend voor de jongere en ouders op reageren en mee omgaan. Naast (veel) kennis van cognitieve gedragstherapie, schematherapie en systeemtherapie is de Klinisch psycholoog-specialist ook voldoende psychoanalytisch onderlegt (diagnostiek, indicatiestelling en psychotherapeutische interventies). Voor een behandeling door een Klinisch psycholoog geldt dat er nooit behandeling aan het kind plaatsvindt zonder (hoogfrequente) behandeling aan ouders. De werkwijze van de Klinisch psycholoog is om gedurende een bepaalde periode vaak startend met 3 a 4 maanden het kind wekelijks te zien maar ook de ouders beide wekelijks te zien. Alleen met wekelijkse contacten kun je de dynamiek en de doelen gaan bewerken die bij de werkwijze van de specialist horen. Wanneer dit praktisch echt niet haalbaar blijkt, kan bekeken worden of de ouderbehandeling eens per 14 dagen kan. Minder frequent is bij TCP Zuketto echter geen optie.

Bij gezamenlijke start worden eenduidige en meetbare doelen geformuleerd en ook heldere afspraken over de werkwijze gemaakt. Er wordt bij de start een afsprakenreeks (gemaakt in Excel) meegegeven waar alle afspraken en data op staan inclusief de data waarop afspraken door omstandigheden komen te vervallen. De gezamenlijke evaluatie wordt ook direct ingepland en deze wordt NIET verschoven. Ook niet als er veel sessies worden afgezegd. Wanneer er veel oudersessies worden afgezegd, komen ook de kindsessies on hold te staan en vindt er een Stand van Zaken (SvZ) gesprek plaats om dit te adresseren. Idem als er veel kindafspraken niet door gaan. In het evaluatie gesprek (EV) wordt gekeken hoe het proces de voorgaande periode is gegaan, hoe het met de doelen staat en welke klachten minder zijn.

Op het eind van de behandeling wordt naast de inhoudelijk nameting(en) ook de BESTE-H, BESTE-J en BESTE O ingevuld.

13f. Ik meet de tevredenheid van mijn cliënten op de volgende manier (wanneer, hoe):

Op het eind van de behandeling wordt naast de inhoudelijk nameting(en) vanuit BergOp ook de BESTE-H, BESTE-J en BESTE O ingevuld.

In de (tussentijdse) evaluatie sta ik altijd stil bij behalen behandeldoelen (bij voorkeur SMART geformuleerd en in welk gedrag we meer willen gaan zien en hoe we daarvoor gaan zorgen) maar ook bij de ervaren werkrelatie.

14. Afsluiting/nazorg

14a. Ik bespreek met de cliënt (en eventueel zijn naasten) de resultaten van de behandeling en begeleiding en de mogelijke vervolgstappen:

Ja

14b. De verwijzer wordt hiervan door de regiebehandelaar in kennis gesteld middels een afrondingsbrief, tenzij de cliënt hiertegen bezwaar maakt:

Ja

14c. Als een vervolgbehandeling nodig is, geef ik hierover gericht advies aan de verwijzer. Ik informeer de vervolgbehandelaar waar nodig over het verloop van de behandeling en de behaalde resultaten voorzien van het vervolgadvis, tenzij de cliënt hier bezwaar tegen maakt:

Ja

Omgang met cliëntgegevens

15. Omgang met cliëntgegevens

15a. Ik vraag om toestemming van de cliënt bij het delen van gegevens met niet bij de behandeling betrokken professionals:

Ja

15b. 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

15c. Ik gebruik de privacyverklaring als de cliënt zijn diagnose niet kenbaar wil maken aan zijn zorgverzekeraar/NZa:

Ja

III. Ondertekening

Naam: Melina Zuketto

Plaats: Utrecht

Datum: 08-09-2025

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