



# ZORGPADEN

Stichting Pameijer, afd. Mozaïk

## SPECIALISTISCHE GGZ

Mozaïk biedt specialistische ambulante behandeling aan mensen met een (ernstige) psychiatrische en/of verslavingsproblematiek in combinatie met (zware) sociale problematiek. Een integrale aanpak van multi-problematiek in Rotterdam, Bergen op Zoom en binnenkort ook in Tilburg en Breda.

## Inhoud

<b>1 Specialistische GGZ Mozaïk</b>	<b>3</b>
1.1 Samenvatting	3
1.2 Herstelprogramma	3
1.3 Aanbod	4
1.4 Wat maakt Mozaïk bijzonder?	4
1.5 Visie op behandeling	4
<b>2 Aanpak d.m.v. herstelondersteunende zorg</b>	<b>5</b>
2.1 Integrale aanpak	5
2.2 Diagnostiek en probleemanalyse	5
2.3 Coping en gedragsbeïnvloeding	6
2.4 Behandelpplan en zorgpaden	7
2.5 Fasering en duur	7
2.6 Inclusiecriteria bij aanmelding	8
<b>3 Behandelproces</b>	<b>8</b>
3.1 Intakefase (6 weken)	9
3.2 Behandelfase (max. 365 dagen, verlengbaar)	9
3.3 Specificatie per stoornisgroep	10
<b>4 De zorgpaden</b>	<b>11</b>
4.1 Zorgpad aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD)	11
4.2 Zorgpad autistische stoornissen	12
4.3 Zorgpad stemmingsstoornissen	13
4.4 Zorgpad angststoornissen	14
4.5 Zorgpad obsessieve-compulsieve stoornissen en verwante stoornissen	15
4.6 Zorgpad psychotrauma- en stress gerelateerde stoornissen	17
4.7 Zorgpad stoornissen impulsbeheersing	18
4.8 Zorgpad persoonlijkheidsstoornissen	20
4.9 Zorgpad schizofrenie en andere psychotische stoornissen	21
4.10 Zorgpad verslavingsstoornissen/dubbele diagnose	22
<b>5 Slotwoord</b>	<b>25</b>

# 1 Specialistische GGZ Mozaïk

## 1.1 Samenvatting

Mozaïk is een instelling voor ambulante specialistische geestelijke gezondheidszorg (sGGZ) die voldoet aan de eisen van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Zij heeft vier locaties, namelijk in Rotterdam, Bergen op Zoom, Breda en Tilburg. De laatstgenoemde twee locaties zijn in ontwikkeling. Het hoofkantoor is gevestigd in Rotterdam. Sinds 1 januari 2015 is Mozaïk onderdeel van Stichting Pameijer.

De doelgroep van Mozaïk zijn mensen met (ernstige) psychiatrische en/of verslavingsproblematiek in combinatie met (zware) sociale problematiek en dikwijls met een verstandelijke beperking.

Mozaïk biedt een integrale aanpak van deze multi-problematiek: ambulante psychiatrische behandeling en sociaal-maatschappelijke hulpverlening. Hiertoe werkt Mozaïk samen met een groot aantal ketenpartners in de zorg en het maatschappelijke werkveld. Sinds 2015 is Mozaïk onderdeel van Pameijer.

Mozaïk heeft twee teams die nauw met elkaar samenwerken: het behandelteam dat zich met gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg bezighoudt en het begeleidingsteam dat (maatschappelijke) begeleiding biedt aan mensen met multi-problematiek. Onze ambulante behandeling wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet en de Forensische Zorg. De begeleidingsteams werken vanuit Justitie of de Wet maatschappelijke ondersteuning.

Binnen de bovengenoemde locaties zijn diverse gezondheidszorgpsychologen, klinische psychologen en psychiaters werkzaam.

## 1.2 Herstelprogramma

De doelgroep van Mozaïk zijn cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen en/of verslavingen in combinatie met ernstige problematiek op meerdere levensgebieden (huisvesting, financiën, werk en dagbesteding), dikwijls bovendien met een verstandelijke beperking. Typisch voor de cliënten is dat zij een gedragsmodus hebben ontwikkeld die belemmerend werkt op hun eigen herstel en re-integratie.

In de regel wijten zij hun problemen aan hun omgeving en staan zij wantrouwend tegenover hulpverleners en publieke instanties.

De aanpak van Mozaïk is erop gericht deze houding te doorbreken en een vertrouwensrelatie op te bouwen die effectieve behandeling en ondersteuning mogelijk maakt. Tegelijkertijd werkt het begeleidingsteam vaak aan een sociaal vangnet. De cliënt krijgt de hulpbronnen aange-reikt die hij nodig heeft voor zijn eigen herstel en leert hoe hij deze het best kan benutten. Het risico op terugval wordt op deze wijze maximaal beperkt.

Mozaïk doet dit vaak niet alleen. Mozaïk werkt nauw samen met zorginstellingen (klinieken, beschermde woonvormen en maatschappelijke opvang), overheidsinstanties (gemeenten, politie, justitie en veiligheidshuizen) en maatschappelijke organisaties (woningcorporaties, schuldhulpverlening, maatschappelijk werk en welzijn). De samenwerking breidt zich voortdu-rend uit en maakt een continue verbreding van het hulpaanbod mogelijk.

Een belangrijk deel van de cliëntèle van Mozaïk bestaat uit (ex-)justitiabelen. Mozaïk levert forensische behandeling en begeleiding in opdracht van het Ministerie van Veiligheid en Jus-titie. Ook biedt Mozaïk in een aantal gemeenten (na)zorg aan ex-gedetineerden en veelple-gers. Zorgverleners van Mozaïk zijn structureel aanwezig in het penitentiair psychiatrisch cen-trum te Scheveningen en in de veiligheidshuizen van Rotterdam Rijnmond, Zeeland, Breda en Bergen op Zoom.

### 1.3 Aanbod

De voornaamste producten van Mozaïk zijn:

- ambulante behandeling (Zorgverzekeringswet en Forensische zorg)
- ambulante forensische begeleiding (Forensische zorg)
- toeleiding naar zorg (Wmo)
- ondersteuning van complexe doelgroepen (Wmo)
- bijzondere zorginterventies (in opdracht van andere partijen)

Voor diensten die Mozaïk niet zelf kan aanbieden, maar wel voor haar doelgroep nodig zijn, werkt Mozaïk samen met ketenpartners. Dit zijn psychiatrische klinieken, algemene ziekenhuizen en instellingen voor maatschappelijke opvang en beschermd wonen. Maar bijvoorbeeld ook bureaus voor schuldhulpverlening en budgetbeheer, woningcorporaties en re-integratiebureaus.

### 1.4 Wat maakt Mozaïk bijzonder?

Aanbieders van behandeling en ondersteuning in de reguliere en de forensische sector zijn er meer. Wat maakt Mozaïk zo bijzonder?

Ten eerste de concentratie op een doelgroep van complexe zorgvragers die zichzelf en hun omgeving tot last zijn. In de regel gaat het om mensen (in meerderheid jongvolwassen mannen) met een chronische problematiek die ofwel zelf de zorg mijden, ofwel door andere zorginstellingen worden geweerd. Naast de psychische - en sociale problematiek is dikwijls sprake van overlast gevend - of delinquent gedrag.

Zorginstellingen en gemeenten staan niet altijd te trappelen om deze doelgroep te ondersteunen. Vaak genoeg richt het probleemgedrag van betrokkenen zich tegen degenen die de helpende hand toesteken. Dat de hulpverlening zich liever richt op mensen die graag geholpen willen worden, is begrijpelijk. Maar juist de doelgroep die voor de grootste problemen zorgt, blijft op die manier in de kou staan. Dit is precies de doelgroep waar Mozaïk zich om bekomert.

Mozaïk heeft dan ook een aanpak ontwikkeld die op deze doelgroep is afgestemd. Die aanpak is het tweede bijzondere aspect van Mozaïk. Doortastendheid is daarbij het sleutelwoord. De cliënt actief opzoeken, vasthouden en niet meer loslaten, desnoods met gebruik van methoden van bemoeizorg of drang en dwang. De cliënt begeleiden naar gemeentelijke diensten, klinieken, schuldhulpverlening, woningcorporaties en andere instanties die iets voor deze persoon kunnen betekenen. Daarmee kunnen we voorkomen of doorbreken dat de cliënt deze instanties mijdt of dat de instanties gefrustreerd raken door het vermijd- en probleemgedrag van de cliënt. Zo raken cliënt en Mozaïk verbonden en vertrouwd met elkaar en leggen wij de basis voor een effectieve ondersteuningsrelatie. De cliënt ziet dat meewerken loont en stelt zich – eindelijk – open voor de behandeling van zijn achterliggende psychische probleemcomplex. Gaandeweg vermindert zo het probleemgedrag en leert de cliënt te opereren vanuit zijn hervonden eigen kracht.

Het initiatief voor de hulpverlening gaat meestal niet uit van de cliënt zelf. Slechts 15% van de cliënten meldt zich uit eigen beweging bij Mozaïk aan. Voor het overige worden cliënten aangemeld door gemeenten (ca. 26%), andere zorginstellingen (ca. 17%), justitie en veiligheidsinstanties (ca. 16%) en familie of naasten (ca. 6%). Mozaïk heeft hiermee leren omgaan en weet haar cliënten aan zich te binden. Geen enkele cliënt wordt op grond van zijn gedrag geweigerd. Ook plegers van zeden- of geweldsdelicten zijn welkom. En wanneer een cliënt ontoelaatbaar gedrag vertoont tegenover hulpverleners van Mozaïk, gaat zo nodig een andere hulpverlener met de cliënt verder.

### 1.5 Visie op behandeling

Mozaïk sluit aan bij de herstel- of ook wel genoemd de rehabilitatiebenadering in de GGZ:

- de behandeling heeft het herstel en de maatschappelijke participatie van de cliënt tot doel;
- dit doel wordt gediend door de eigen krachten en mogelijkheden van de cliënt te versterken, rekening houdend met zijn wensen en beperkingen;
- de cliënt moet zoveel mogelijk in de samenleving blijven functioneren en intramurale zorg moet tot het strikt noodzakelijke worden beperkt (vermaatschappelijking van de zorg).

Mozaïk is van mening dat het herstel van de cliënt wordt bevorderd door een aanbod van integrale zorg dat op diens individuele problematiek is afgestemd (zorg op maat).

Mozaïk benadert de cliënt niet vanuit het perspectief van haar aanbod (“Wat is ons aanbod en in hoeverre past de problematiek van de cliënt daarbij?”), maar vanuit het perspectief van diens zorgvraag (“Wat is de problematiek van de cliënt, welk aanbod past daarbij en hoe organiseren we dat?”)

Elke cliënt heeft recht op maximale inspanningen van de zijde van Mozaïk om tot een adequaat zorgaanbod te komen. Elke cliënt wordt benaderd met respect, ook wanneer het gaat om cliënten die grensoverschrijdend gedrag vertonen van welke soort ook. Dit neemt niet weg dat Mozaïk de cliënt op zijn gedrag kan aanspreken.

## 2 Aanpak d.m.v. herstelondersteunende zorg

### 2.1 Integrale aanpak

Met de keuze voor de bevordering van het persoonlijk én maatschappelijk herstel van haar cliënten sluit Mozaïk aan bij het voornaamste uitgangspunt van de herstelondersteunende zorg. Volgens een studie<sup>1</sup> van het Trimbos-instituut staat de herstelondersteunende zorg voor diverse uitdagingen. Met name zou de medisch-psychiatrische ‘behandelkennis’ een ondersteunende en dienstbare rol moeten innemen bij herstelprocessen. Mozaïk is van mening dat dit laatste te zwaar is aangezet. De medisch-psychiatrische kennis is inderdaad leidend binnen de DBC-systematiek en moet dit ook zijn. Dit neemt niet weg dat de behandeling ten dienste kan staan aan het persoonlijk - en maatschappelijk herstel van cliënten, mits het behandeldoel ligt in de vermeerdering van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie.

Waar deze begeleidingstaken meer aandacht vragen dan de DBC-systematiek toelaat, wordt een beroep gedaan op gemeenten voor maatschappelijke ondersteuning.

Mozaïk streeft er dan ook naar om behandeling én ondersteuning gecombineerd in te zetten voor het herstel van haar cliënten – zo nodig voorafgegaan door (eveneens gemeentelijke) zorgtoeleiding wanneer betrokkenen hun psychiatrische hulpvragen onvoldoende onderkennen. De psychische stoornissen die de complexe problematiek in stand houden, worden ambulantly behandeld met therapeutische interventies. Aanvullend kan extramurale ondersteuning worden geboden, die betrokkenen in staat stelt hun sociale problematiek te overwinnen en naar vermogen te participeren in de samenleving. Toeleiding, behandeling en ondersteuning worden aldus op een effectieve manier gecombineerd, waarbij de rekening op passende wijze wordt verdeeld tussen gemeenten en zorgverzekeraars.

### 2.2 Diagnostiek en probleemanalyse

Een behandeling begint vanzelfsprekend met diagnostiek. Tijdens de intake wordt de diagnose voorbereid met een anamnese, een ROM-meting, een inventarisatie van de problemen

---

<sup>1</sup> Trimbos-instituut, Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen: Ontwikkelingen in praktijk en beleid. Trendrapportage GGZ: Themarapport (Utrecht, 2014)



die de cliënt benoemt en een onderzoek van diens medische voorgeschiedenis. De diagnose wordt gesteld in een psychodiagnostisch gesprek met de hoofdbehandelaar, waar nodig met ondersteuning van een psychologisch onderzoek.

De diagnostiek wordt gaandeweg de behandeling verder verfijnd. In de probleemanalyse worden drie niveaus onderscheiden. Het eerste niveau betreft het psychiatrische toestandsbeeld. Aan het probleemcomplex van de cliënt dragen bij:

- mentale en genetische disposities: defecten, ontwikkelingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen;
- sociale disposities: gezinssituatie, opvoeding, peergrouping, relatieontwikkeling, scholing, beroep, culminerend in sociale codes, normen, waarden, zelfperceptie, maatschappelijke plaatsbepaling, vooroordelen;
- life events en de omgang daarmee, reactieformatie, integratie in de persoonlijke geschiedenis, reacties in het steunsysteem, maatschappelijke weerslag, consequenties voor de levensopvatting ;
- idiopathische psychische aandoeningen: depressies, psychotische momenten, identiteitsstoornissen.

Per cliënt wordt mede aan de hand van deze gegevens het psychiatrisch toestandsbeeld vastgesteld en bezien welke gevolgen dit heeft voor het gedrag van de cliënt en de interactie met deze persoon.

Het tweede analyseniveau betreft de genese van het probleemcomplex. Hoe is het probleemcomplex ontstaan, hoe heeft het zich ontwikkeld, wat heeft ervoor gezorgd dat het buiten het beheersvermogen van de cliënt kwam te vallen, welke beslissingen van wie waren daarin bepalend en waarom?

Het derde analyseniveau heeft betrekking op de processturing en de feitelijke interactie met de cliënt. Op dit niveau speelt met name de overdrachtsproblematiek. Te denken valt aan zaken als hulpeloosheid voorwenden, zichzelf als slachtoffer presenteren (soms door klachten voor te wenden), de eigen verantwoordelijkheid ontkennen of verleggen, andere zaken substitueren voor het probleem dat aan de orde is, de behandelaar incompetentie, onbegrip, boosaardigheid, desinteresse of gebrek aan vertrouwen verwijten. Voorkomen moet worden dat de cliënt met dergelijke gedragingen op oneigenlijke wijze de regie neemt over zijn hersteltraject. Daarnaast is bovengemiddeld vaak sprake van theateraal, grensoverschrijdend of agressief gedrag, ook jegens de behandelaar. Sommige cliënten kunnen niet anders, anderen handelen willens en wetens.

Op grond van de probleemanalyse worden aanwijzingen voor de behandeling en de interactie gegeven. Zo nodig door specifieke interactiemodellen en interventiemethoden aan te reiken. Gaandeweg het traject kan het nodig zijn met de cliënt de verhoudingen te evalueren, grenzen aan te geven of zelfs van behandelaar te wisselen.

### 2.3 Coping en gedragsbeïnvloeding

Het probleemoplossend vermogen van de cliënt – de coping – is een cruciaal element bij de verbetering van de zelfredzaamheid. Dit element betreft de psychologische constellatie van de cliënt, inclusief psychische stoornissen en de biologische - en sociale determinanten van het psychisch (dis)functioneren. De coping berust op aangeboren vermogens, wordingsgeschiedenis, reactieformatie n.a.v. van ondervonden life events, zelfopvatting, normen en waarden, plaatsbepaling t.o.v. anderen en in de maatschappij of de kringen waarin men verkeert en ten slotte op de momentane geestelijke - en lichamelijke conditie.

De contra-actie moet dan ook bestaan uit het verhogen en verbeteren van de probleemoplossende vermogens, in samenhang met het bijbrengen van een realistische perceptie van het probleemcomplex. sGGZ-behandeling richt zich zeker niet alleen op het neutraliseren van het oorzakelijk moment en de symptomen van een stoornis, maar tenminste evenzeer op het versterken en verbeteren van de coping – de ik-versterking – zodat de cliënt beter weerstand kan

bieden aan wat hem als probleem voorkomt of wat aan hem door anderen als problematisch wordt ervaren.

Een andere wezenlijke taak van onze ambulante sGGZ-behandeling bestaat uit het toewerken naar een veranderde gedragsmodus die de cliënt in staat stelt de hulpbronnen te aanvaarden waarmee hij zijn sociale problematiek kan hanteren. Hiermee wordt niet alleen de draaglast van de cliënt teruggebracht tot binnen het bereik van diens draagkracht, bovendien onderkent de cliënt dan ook dat de behandeling zijn eigenbelang dient. Het curatieve element wordt op deze wijze versterkt en het risico dat de cliënt zijn behandeling afbreekt, wordt tot een minimum teruggebracht.

In de regel vertonen cliënten van Mozaïk gedragskenmerken die hun probleemcomplex in stand houden. Een belangrijk aandachtspunt in de behandeling is daarom het gedrag van de cliënt bij het construeren van de samenwerking en de wijze waarop hij uitvoering geeft aan aanwijzingen, afspraken en opdrachten. Het niet naleven van afspraken is aanleiding voor gedragsbeïnvloedende interventies op het gebied van directieve therapie, cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie en/of motiverende gespreksvoering – met gebruikmaking van elementen als confrontatie, object-presenting, spiegelen, modelling, inzicht geven en duiden.

## 2.4 Behandelplan en zorgpaden

Voor elke cliënt stellen wij een individueel behandelplan op, dat regelmatig wordt besproken en waar nodig wordt bijgesteld. De behandelplannen bewegen zich binnen het kader van zorgpaden, die primair afhankelijk zijn van de hoofddiagnose. Mozaïk heeft vanaf 2021 voor tien diagnosegroepen een zorgpad. Samen zijn deze diagnosegroepen voor 80-90% van toepassing op de cliëntenpopulatie.

Elk zorgpad vertrekt vanuit erkende richtlijnen en geeft een limitatieve opsomming van vaste - en optionele, maar steeds algemeen aanvaarde, therapeutische interventies. Overigens bepalen aard, ernst en samenhang van de stoornissen en maatschappelijke problemen, individuele mogelijkheden en beperkingen, omgevingsfactoren en veiligheidsaspecten de interventies en stappen die nodig zijn, alsook de hulp die van ketenpartners wordt ingeroepen.

## 2.5 Fasering en duur

In de behandeling worden twee fasen onderscheiden.

In de eerste fase wordt gesproken met de cliënt over de aard en samenhang van het probleemcomplex, zijn aandeel daarin, zijn persoonlijke psychische constellatie en de te nemen maatregelen. Het behandelplan wordt vastgelegd. Vanuit de interactie met de cliënt komen interventies voort om diens gedrag bij te sturen. Op indicatie worden psychofarmaca voorgeschreven. De behandeling voorziet primair in het verlagen van de druk van het probleemcomplex. De therapeutische interventies zijn gericht op het vestigen van een werkzame behandelrelatie, het bedwingen van ernstige symptomen, elementaire gedragsverandering en het doen aanvaarden door de cliënt van aangereikte hulpbronnen. De resultaten worden gemonitord. Ketenpartners worden ingeschakeld voor aanvullende vormen van hulp (verblijf, begeleiding/ondersteuning op het gebied van wonen, werk/dagbesteding, financiën/schulden). Voor benodigde hooggespecialiseerde vormen van behandeling (traumabehandeling, behandeling van seksuele stoornissen) kunnen andere GGZ-instellingen worden benaderd.

De tweede fase wordt ingezet wanneer de cliënt een realistische kijk heeft verkregen op zijn probleemcomplex en zijn eigen verantwoordelijkheid heeft onderkend. De behandeling voorziet primair in de versterking van de coping. De therapeutische interventies zijn gericht op structurele gedragsverandering, het zelfstandig leren omgaan met psychische en maatschappelijke problemen, het vestigen en onderhouden van werkzame relaties binnen het sociale netwerk en het effectief leren omgaan met maatschappelijke instanties. Oplossingsrichtingen voor de gediagnosticeerde problematieken worden in therapeutische gesprekken benoemd en gezamenlijk gemonitord.

Het behandeltraject wordt afgesloten als de behandeldoelen genoegzaam zijn behaald. Dit wil zeggen dat de problematiek van de cliënt zo ver is gereduceerd dat de bijzondere aanpak van Mozaïk niet langer is vereist. In de meeste gevallen betekent dit dat nog wel hulp nodig is, maar dat enkelvoudige hulp volstaat (behandeling voor één bepaalde aandoening, extramurale ondersteuning, beschermd wonen enz.) Afsluiten van de behandeling betekent daarom meestal overdracht aan een andere instelling. Veelal is die instelling al tijdens de behandeling door Mozaïk in het traject betrokken, zodat de overdracht vloeiend verloopt en de cliënt geen breuk in zijn hersteltraject ervaart.

Onze kernwaarden in de behandeltrajecten geven aan wat de cliënt van ons mag verwachten: snel inzetbaar, bereikbaar, transparant, deskundig, persoonlijk en effectief.

Een zeer ruime meerderheid van de cliënten is binnen één tot twee jaar zo ver gevorderd dat het dossier bij Mozaïk kan worden gesloten. Gezien de complexiteit en chroniciteit van de problematiek van de cliënten kan deze gemiddelde behandelduur beperkt worden genoemd.

## 2.6 Inclusiecriteria bij aanmelding

Mozaïk richt zich uitsluitend op cliënten met ernstige psychiatrische problematiek. Deze is dan ook het best te onderscheiden indien de triagist kennis bezit van de DSM-V. Onze vuistregels zijn:

- DBC: er moet sprake zijn van een zekere complexiteit qua diagnostiek
- twee psychiatrische diagnoses (bijvoorbeeld borderlinepersoonlijkheidsstoornis i.c.m. PTSS, PTSS i.c.m. depressie etc.) of één psychiatrische diagnose mét een verstandelijke beperking vanaf een IQ60 en/of een verslaving
- Daarnaast dient de cliënt problemen te ondervinden op vier van de volgende negen levensdomeinen:
  - Problemen binnen de primaire steungroep.
  - Problemen verbonden aan de sociale omgeving
  - Studie/ scholingsproblemen
  - Werkproblemen
  - Woonproblemen
  - Financiële problemen
  - Problemen met de toegankelijkheid van gezondheidsdiensten
  - Problemen met justitie of politie of met de misdaad
  - Andere psychosociale- en omgevingsproblemen

## 3 Behandelproces

In deze paragraaf wordt beschreven op welke manier Mozaïk de zorg levert aan volwassenen vanaf 18 jaar. Binnen Mozaïk werken wij procesmatig en wordt op- of afgeschaald in behandeling wanneer dit noodzakelijk of mogelijk is.

Mozaïk streeft ernaar kwalitatief goede behandeling te leveren waarbij het uitgangspunt is: zo kort als mogelijk, zo lang als nodig.

Doelgericht werken staat voorop, alsmede het bevorderen van de zelfstandigheid van de cliënt, het aanspreken van het sociale steunsysteem en het werken met blended care.

Bij Mozaïk zijn basispsychologen, GZ-psychologen, SPV-en, verpleegkundigen, HBO-SW en psychiaters werkzaam. Er wordt nauw samengewerkt door de verschillende disciplines. Binnen Mozaïk worden verschillende varianten van samenwerking onderscheiden.



### 3.1 Intakefase (6 weken)

wanneer	wat	wie	directe tijd	indirecte tijd
week 1-2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bevestiging ontvangst verwijzing aan huisarts of andere verwijzer</li> <li>• intakegesprek plannen</li> </ul>	secretariaat	---	---
week 3-6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• intake en diagnostiek</li> <li>• psychiatrisch onderzoek (indien van toepassing)</li> <li>• beslissing behandeling ja/nee</li> </ul>	regiebehandelaar	60-90 minuten	60-90 minuten
eind intakefase	indien behandeling nee: <ul style="list-style-type: none"> <li>• terugverwijzing naar verwijzer</li> </ul>	regiebehandelaar	---	---
	indien behandeling ja: <ul style="list-style-type: none"> <li>• behandeltraject openen</li> <li>• zorgpad kiezen</li> <li>• brief aan huisarts cliënt over (voorlopige) diagnose en openen behandeltraject</li> </ul>	regiebehandelaar	---	15 minuten

### 3.2 Behandelfase (max. 365 dagen, verlengbaar)

wanneer	wat	wie	directe tijd	indirecte tijd
maand 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• behandelplan opstellen met cliënt, dossierhouder en waarnemend dossierhouder aanwijzen</li> </ul>	regiebehandelaar	15-60 minuten	60-90 minuten
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dossierhouder en waarnemend dossierhouder laten kennismaken met cliënt en behandelaanpak bespreken (kan gelijktijdig met het voorgaande)</li> </ul>	regiebehandelaar, dossierhouder en waarnemend dossierhouder	20-30 minuten	10-15 minuten
maand 1-3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• consult met psychiater (indien deze geen regiebehandelaar is)</li> </ul>	psychiater	30 minuten	15 minuten
maand 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• evaluatie behandelplan met cliënt</li> <li>• behandelplan bijstellen</li> </ul>	regiebehandelaar en dossierhouder	45-60 minuten	20-30 minuten
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• brief aan huisarts over evaluatie en vervolg behandeling</li> </ul>	regiebehandelaar	---	15 minuten
maand 11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MDO over voortgang behandeling en noodzaak vervolg-DBC</li> </ul>	behandelteam	---	15-30 minuten
maand 12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• evaluatie behandelplan met cliënt</li> <li>• behandelplan bijstellen of behandeling afsluiten</li> </ul>	regiebehandelaar en dossierhouder	45-60 minuten	20-30 minuten
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• brief aan huisarts over evaluatie en vervolg of afsluiten behandeling</li> </ul>	regiebehandelaar	---	15-30 minuten
na 365 dagen	herhaling van de stappen van maand 6/7, 10 en 12/13			

### 3.3 Specificatie per stoornisgroep

Op de volgende pagina's leest u hoe wij bij Mozaïk de behandeling vormgeven per stoornisgroep, oftewel het zorgpad.

Gezien de brede prevalentie van stoornissen bij aanmelding is er geen specifieke diagnostiek die bij uitstek wordt aangemeld bij Mozaïk. De cliëntenpopulatie binnen Mozaïk is gelijkmatig verdeeld met dien verstande dat er in mindere mate psychotische stoornissen worden verwezen. Motivatie hierbij is vermoedelijk dat bij deze problematiek ook opnamemogelijkheden aanwezig dienen te zijn, welke niet voor handen zijn bij sGGZ Mozaïk.

De behandeling van onderstaande stoornissen is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn van het Trimbos-instituut en de NHG standaard (2003). De inhoud van de behandeling wordt afgestemd op de ernst van de klachten van cliënt. Naast het identificeren van het aantal symptomen waar een cliënt mee kampt, moeten ook onderstaande punten in kaart gebracht worden om de ernst van de klachten te bepalen:

1. algemeen sociaal en maatschappelijk functioneren en beperkingen daarin
2. mate van subjectief lijden
3. aantal symptomen
4. psychotische kenmerken, suïcidaliteit
5. duur van de depressie, stagnatie in herstel/recidivering
6. comorbiditeit
7. opsporen van luxerende en in stand houdende psychosociale factoren

Voor alle vormen van psychische klachten, hanteert Mozaïk de volgende vuistregels bij het uitvoeren van de behandeling:

- Behandeling door de huisarts of POH-GGZ wanneer er sprake is van:
  - klachten waarbij geen vermoeden is van een stoornis volgens de DSM-V criteria
  - een lichte stoornis volgens de DSM-V criteria. De ernst van de stoornis is licht, het risico is laag, complexiteit afwezig en het beloop relatief kort.
  - stabiele, chronische problematiek met een laag risico en geen crisisgevoeligheid.
- Behandeling binnen de GB-GGZ kort, bij enkelvoudige, kortdurende, niet complexe problematiek (veelal uitgevoerd door de POH-GGZ).
- Behandeling binnen de GB-GGZ middel wanneer er sprake is van een milde tot matige stoornis.
- Behandeling binnen de sGGZ wanneer er sprake is van een ernstige stoornis/comorbide problematiek waarbij er een hoog risico en/of hoge complexiteit is.

In de regel wordt vanaf het niveau "matige stoornissen" doorverwezen naar Mozaïk.

## 4 De zorgpaden

### 4.1 Zorgpad aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD)

#### A. Instroom

De intakeprocedure en een onderzoeksvraag alsmede behandeling vinden plaats binnen Mozaik.

Afhankelijk van de hulpvraag van cliënt, wordt bepaald wat verder nodig is. Wanneer er actieve begeleiding van de psychiater nodig is, en/of psychologische begeleiding, is behandeling in de sGGZ nodig. De inclusiecriteria van Mozaik worden bij aanmelding van cliënt gehanteerd. Als contra-indicatie geldt een toestandsbeeld dat klinische opname vereist.

#### B. Diagnostiek

*Vaste elementen:*

- intake en screening
- psychiatrisch onderzoek
- somatische screening
- risico-inventarisatie
- ROM
- multidisciplinair overleg
- adviesgesprek

*Optioneel:*

- psychodiagnostisch onderzoek, voortkomende vraagstelling vanuit psychiatrisch onderzoek/ MDO (Diva, optioneel WAIS, BSI, BDI)
- systeemanalyse

#### C. Behandeling

De behandeling is gericht op reductie van de symptomen en de beheersing van problemen in gedrag en sociale redzaamheid die de stoornis met zich meebrengt.

Gemiddelde duur: 2 tot 3 jaar.

*Vaste elementen:*

- psychiatrisch onderzoek
- psycho-educatie
- individuele therapie
- periodieke ROM (1 x per half jaar),
- MDO
- evaluatie behandelplan 1 x per half jaar of eerder indien nodig.

*Optioneel indien voortkomend uit psychiatrisch onderzoek:*

- farmacotherapie
- CGT
- systeemtherapie
- steunende en structurerende behandeling
- activerende/ondersteunende begeleiding

*Uitstroomcriterium:*

Voldoende remissie van symptomen en hanteerbaarheid van problemen op overige leefgebieden, waardoor minder intensieve/gespecialiseerde zorg en ondersteuning volstaat (enkelvoudige sGGZ/ bGGZ, professionele begeleiding/ondersteuning, eigen sociaal netwerk, enz.)

*Ten slotte:*

In de behandelfase kunnen diagnostische interventies plaatsvinden als dit voor de voortgang van de behandeling noodzakelijk is. Gezien de hoge graad van comorbiditeit bij de doelgroep van Mozaïk is een combinatie met interventies uit andere zorgpaden mogelijk.

## 4.2 Zorgpad autistische stoornissen

### A. Instroom

De intakeprocedure en een onderzoeksvraag alsmede behandeling vinden plaats binnen Mozaïk.

Afhankelijk van de hulpvraag van cliënt, wordt bepaald wat verder nodig is. Wanneer er actieve begeleiding van de psychiater nodig is, en/of psychologische begeleiding, is behandeling in de sGGZ nodig. De inclusiecriteria van Mozaïk worden bij aanmelding van cliënt gehanteerd. Als contra-indicatie geldt een toestandsbeeld dat klinische opname vereist.

### B. Diagnostiek

*Vaste elementen:*

- intake en screening
- psychiatrisch onderzoek
- somatische screening
- risico-inventarisatie
- ROM
- multidisciplinair overleg
- adviesgesprek

*Optioneel:*

- psychodiagnostisch onderzoek, voortkomende vraagstelling vanuit psychiatrisch onderzoek/ MDO (AQ, EQ, SRS-A, TAT, WAIS, BSI, BDI)
- systeemanalyse

### C. Behandeling

De behandeling is gericht op reductie van de symptomen en de beheersing van problemen in gedrag en sociale redzaamheid die de stoornis met zich meebrengt. Gemiddelde duur: 2 tot 3 jaar.

*Vaste elementen:*

- psychiatrisch onderzoek
- psycho-educatie
- individuele therapie
- periodieke ROM (1 x per half jaar),
- MDO
- evaluatie behandelplan 1 x per half jaar of eerder indien nodig.

*Optioneel indien voortkomend uit psychiatrisch onderzoek:*

- farmacotherapie
- CGT
- systeemtherapie
- steunende en structurerende behandeling

*Uitstroomcriterium:*

Voldoende remissie van symptomen en hanteerbaarheid van problemen op overige leefgebieden, waardoor minder intensieve/gespecialiseerde zorg en ondersteuning volstaat (enkelvoudige sGGZ/bGGZ, professionele begeleiding/ondersteuning, eigen sociaal netwerk, enz.)

*Ten slotte:*

In de behandelfase kunnen diagnostische interventies plaatsvinden als dit voor de voortgang van de behandeling noodzakelijk is. Gezien de hoge graad van comorbiditeit bij de doelgroep van Mozaïk is een combinatie met interventies uit andere zorgpaden mogelijk.

### 4.3 Zorgpad stemmingsstoornissen

#### A. Instroom

De intakeprocedure en een onderzoeksvraag alsmede behandeling vinden plaats binnen Mozaïk.

Afhankelijk van de hulpvraag van cliënt, wordt bepaald wat verder nodig is. Wanneer er actieve begeleiding van de psychiater nodig is, en/of psychologische begeleiding, is behandeling in de sGGZ nodig. De inclusiecriteria van Mozaïk worden bij aanmelding van cliënt gehanteerd. Als contra-indicatie geldt een toestandsbeeld dat klinische opname vereist.

#### B. DIAGNOSTIEK

*Vaste elementen*

intake en screening

- psychiatrisch onderzoek
- somatische screening
- risico-inventarisatie
- ROM
- multidisciplinair overleg
- adviesgesprek

*Optioneel:*

- psychodiagnostisch onderzoek, voortkomende vraagstelling vanuit psychiatrisch onderzoek/ MDO (bijv. SCL-90, MMPI, WAIS, BDI)
- systeemanalyse

#### C. Behandeling

De behandeling is gericht op reductie van de symptomen en de beheersing van problemen in gedrag en sociale redzaamheid die de stoornis met zich meebrengt. Gemiddelde duur: 2 tot 3 jaar.

*Vaste elementen:*

psychiatrisch onderzoek

- psycho-educatie
- individuele therapie/ leefstijl adviezen
- periodieke ROM (1 x per half jaar),
- MDO
- evaluatie behandelplan 1 x per half jaar of eerder indien nodig

*Optioneel indien voortkomend uit psychiatrisch onderzoek:*

- farmacotherapie
- psychologische behandeling:
- Problem Solving Treatment (PST)



- KOP-model
- cognitieve gedragstherapie (CGT)
- gedragstherapie (GT)
- zelfbeeldtherapie
- assertiviteitstherapie
- mindfulnesstherapie

*Optionele programma's bij depressieve klachten:*

- dagstructuur
- depressie CGT
- depressie IPT
- systeemtherapie
- steunende en structurerende behandeling

*Uitstroomcriterium:*

Voldoende remissie van symptomen en hanteerbaarheid van problemen op overige leefgebieden, waardoor minder intensieve/gespecialiseerde zorg en ondersteuning volstaat (enkelvoudige sGGZ/bGGZ, professionele begeleiding/ondersteuning, eigen sociaal netwerk, enz.)

*Ten slotte:*

In de behandelfase kunnen diagnostische interventies plaatsvinden als dit voor de voortgang van de behandeling noodzakelijk is. Gezien de hoge graad van comorbiditeit bij de doelgroep van Mozaïk is een combinatie met interventies uit andere zorgpaden mogelijk.

#### **4.4 Zorgpad angststoornissen**

De angststoornis gaat dikwijls samen met persoonlijkheidsstoornissen, depressieve stoornissen, gedrags- of verslavingsproblematiek, soms ook met een verstandelijke beperking. Voorts is steevast sprake van ernstige problematiek op meerdere levensgebieden (huisvesting, financiën, sociaal en praktisch functioneren, werk/dagbesteding, politie/justitie).

Richtlijn bij de behandeling van angststoornissen is – naast het eigen herstelprogramma van Mozaïk – de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen van het Trimbos-instituut.

##### A. Instroom

De intakeprocedure en een onderzoeksvraag alsmede de behandeling vinden plaats binnen Mozaïk.

Afhankelijk van de hulpvraag van cliënt, wordt bepaald wat verder nodig is. Wanneer er actieve begeleiding van de psychiater nodig is, en/of psychologische begeleiding, is behandeling in de sGGZ nodig. De inclusiecriteria van Mozaïk worden bij aanmelding van cliënt gehanteerd.

Als contra-indicaties gelden een toestandsbeeld dat klinische opname vereist, predominantie van ernstige depressieve klachten (dan wordt eerder het Zorgpad stemmingsstoornissen gevolgd) of specifieke trauma's of stoornissen waarvoor een gespecialiseerd extern hulpaanbod bestaat, zoals oorlogstrauma's en dissociatieve identiteitsstoornissen ontstaan in de vroege jeugd.

##### B. Diagnostiek

*Vaste elementen:*

- intake en screening
- psychiatrisch onderzoek
- somatische screening
- risico-inventarisatie

- ROM
- multidisciplinair overleg
- adviesgesprek

*Optioneel:*

- psychodiagnostisch onderzoek, voortkomende vraagstelling vanuit psychiatrisch onderzoek/ MDO (bijv. MMPI, BDI, SCL-90)
- systeemanalyse

### C. Behandeling

De behandeling is gericht op reductie van de symptomen en de beheersing van problemen in gedrag en sociale redzaamheid die de stoornis met zich meebrengt. Gemiddelde duur: 2 tot 3 jaar.

*Vaste elementen:*

- psychiatrisch onderzoek
- psycho-educatie
- individuele therapie
- periodieke ROM (1 x per half jaar),
- MDO
- evaluatie behandelplan 1 x per half jaar of eerder indien nodig.

*Optioneel indien voortkomend uit psychiatrisch onderzoek:*

- farmacotherapie
- psychologische behandeling
- EMDR of andersoortige traumabehandeling
- Problem Solving Treatment (PST)
- KOP-model
- cognitieve gedragstherapie (CGT), waarbij gedacht kan worden aan de volgende interventies: exposure in vivo, introceptieve exposure, cognitieve herinterpretatie, sociale vaardigheidstraining en metacognitieve therapie
- schematherapie
- systeemtherapie
- steunende en structurerende behandeling

*Uitstroomcriterium:*

Volgende beheersing van angst c.q. traumatische stressfactoren en hanteerbaarheid van problemen op overige leefgebieden, waardoor minder intensieve/gespecialiseerde zorg en ondersteuning volstaat (enkelvoudige sGGZ/bGGZ, professionele begeleiding/ondersteuning, eigen sociaal netwerk, enz.)

*Ten slotte:*

In de behandelfase kunnen diagnostische interventies plaatsvinden als dit voor de voortgang van de behandeling noodzakelijk is. Gezien de hoge graad van comorbiditeit bij de doelgroep van Mozaïk is een combinatie met interventies uit andere zorgpaden mogelijk.

## **4.5 Zorgpad obsessieve-compulsieve stoornissen en verwante stoornissen**

Sinds de invoering van de DSM-V is de stoornisgroep obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen ontstaan. Daaronder zijn de volgende stoornissen gecategoriseerd: obsessieve-compulsieve stoornis (dwangstoornis); morfydysfore stoornis; verzamelstoornis; trichotillomanie (haaruittrekstoornis); excooriatiestoornis (huidpulkstoornis); obsessieve-compulsieve of verwante stoornis door een middel/medicatie; obsessieve-compulsieve of verwante stoornis

door een somatische aandoening; andere gespecificeerde obsessieve-compulsieve of verwante stoornis; ongespecificeerde obsessieve-compulsieve of verwante stoornis.

Er wordt geschat dat een dwangstoornis voorkomt onder 1-2% van de volwassen bevolking. Het begin van een dwangstoornis ligt gemiddeld rond het 22<sup>e</sup> levensjaar. Daarnaast komt uit de meeste onderzoeken naar voren dat een dwangstoornis bij mannen en vrouwen in gelijke mate voorkomt.

Wat betreft de aan obsessieve-compulsieve stoornissen verwante stoornissen, zoals trichotillomanie, werd lange tijd gedacht dat dit zeldzame aandoeningen waren. Recent is gebleken dat de prevalentie van bijvoorbeeld trichotillomanie alsnog 1-2% is. Een verschil met een dwangstoornis is dat deze stoornis in 70-93% van de gevallen bij vrouwen voorkomt.

### A. Instroom

De intakeprocedure en een onderzoeksvraag alsmede de behandeling vinden plaats binnen Mozaïk.

Afhankelijk van de hulpvraag van cliënt, wordt bepaald wat verder nodig is. Wanneer er actieve begeleiding van de psychiater nodig is en/of psychologische begeleiding, is behandeling in de sGGZ nodig. De inclusiecriteria van Mozaïk worden bij aanmelding van cliënt gehanteerd. Als contra-indicaties gelden een toestandsbeeld dat klinische opname vereist.

### B. Diagnostiek

*Vaste elementen:*

- intake en screening
- psychiatrisch onderzoek
- somatische screening
- risico-inventarisatie
- ROM
- multidisciplinair overleg
- adviesgesprek

*Optioneel:*

- psychodiagnostisch onderzoek, voortkomende vraagstelling vanuit psychiatrisch onderzoek/ MDO (bijv. MMPI, BDI, SCL-90)
- systeemanalyse

### C. Behandeling

De behandeling is gericht op reductie van de symptomen en de beheersing van problemen in gedrag en sociale redzaamheid die de stoornis met zich meebrengt. Gemiddelde duur: 2 tot 3 jaar.

*Vaste elementen:*

- psychiatrisch onderzoek
- psycho-educatie
- individuele therapie
- periodieke ROM (1 x per half jaar),
- MDO
- evaluatie behandelplan 1 x per half jaar of eerder indien nodig.

*Optioneel indien voortkomend uit psychiatrisch onderzoek:*

- farmacotherapie
- psychologische behandeling:
- Problem Solving Treatment (PST)
- KOP-model

- cognitieve gedragstherapie (CGT) met name aandacht voor: Exposure, responspreventie
- schematherapie
- systeemtherapie
- steunende en structurerende behandeling

*Uitstroomcriterium:*

Voldoende beheersing van dwanghandelingen en preventie tevens de hanteerbaarheid van problemen op overige leefgebieden, waardoor minder intensieve/gespecialiseerde zorg en ondersteuning volstaat (enkelvoudige sGGZ/bGGZ, professionele begeleiding/ondersteuning, eigen sociaal netwerk, enz.).

*Ten slotte:*

In de behandelfase kunnen diagnostische interventies plaatsvinden als dit voor de voortgang van de behandeling noodzakelijk is. Gezien de hoge graad van comorbiditeit bij de doelgroep van Mozaïk is een combinatie met interventies uit andere zorgpaden mogelijk.

#### **4.6 Zorgpad psychotrauma- en stress gerelateerde stoornissen**

Tachtig procent van de Nederlanders maakt gedurende het leven een of meer ernstige schokkende ervaringen mee, zoals een gewapende overval, een brand, een verkrachting of een onverwachts overlijden. Bijna tien procent van hen ontwikkelt een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Eerdere trauma's verhogen het risico sterk op het ontwikkelen van PTSS. Ook een lagere sociaal-economische status, weinig sociale steun en psychiatrische comorbiditeit kunnen bijdragen aan het laten ontaarden van een posttraumatische stressstoornis uit een schokkende ervaring.

Sinds de invoering van de DSM-V wordt de groep psychotrauma- en stressor gerelateerde stoornissen onderscheiden. Hieronder valt een posttraumatische stressstoornis, maar ook een acute stressstoornis, aanpassingsstoornis, andere gespecificeerde psychotrauma- en stressor gerelateerde stoornis en een ongespecificeerde psychotrauma- en stressor gerelateerde stoornis.

##### A. Instroom

De intakeprocedure en een onderzoeksvraag alsmede de behandeling vinden plaats binnen Mozaïk.

Afhankelijk van de hulpvraag van cliënt, wordt bepaald wat verder nodig is. Wanneer er actieve begeleiding van de psychiater nodig is en/of psychologische begeleiding, is behandeling in de sGGZ nodig. De inclusiecriteria van Mozaïk worden bij aanmelding van cliënt gehanteerd.

Als contra-indicaties gelden een toestandsbeeld dat klinische opname vereist.

##### B. Diagnostiek

*Vaste elementen:*

- intake en screening
- psychiatrisch onderzoek
- somatische screening
- risico-inventarisatie
- ROM
- multidisciplinair overleg
- adviesgesprek

*Optioneel:*

- psychodiagnostisch onderzoek, voortkomende vraagstelling vanuit psychiatrisch onderzoek/ MDO (bijv. BSI, MMPI, NVM, BDI, SCL-90)
- systeemanalyse

### C. Behandeling

De behandeling is gericht op reductie van de symptomen en de beheersing van problemen in gedrag en sociale redzaamheid die de stoornis met zich meebrengt. Gemiddelde duur: 2 tot 3 jaar.

#### *Vaste elementen:*

- psychiatrisch onderzoek
- psycho-educatie
- individuele therapie
- periodieke ROM (1 x per half jaar),
- MDO
- evaluatie behandelplan 1 x per half jaar of eerder indien nodig.

#### *Optioneel indien voortkomend uit psychiatrisch onderzoek:*

- farmacotherapie
- psychologische behandeling:
- Problem Solving Treatment (PST)
- EMDR of andersoortige traumabehandeling
- cognitieve gedragstherapie: Imaginaire exposure, exposure in vitro, narratieve exposure therapie
- traumagericht cognitieve gedragstherapie zoals schrijftherapie of andere cognitieve gedragmatige elementen)
- schematherapie
- systeemtherapie
- steunende en structurerende behandeling

#### *Uitstroomcriterium:*

Verbleking trauma/ stress-gerelateerde klachten, in staat tot risicopreventie, tevens de hanterbaarheid van problemen op overige leefgebieden, waardoor minder intensieve/gespecialiseerde zorg en ondersteuning volstaat (enkelvoudige sGGZ/bGGZ, professionele begeleiding/ondersteuning, eigen sociaal netwerk, enz.).

#### *Ten slotte:*

In de behandel fase kunnen diagnostische interventies plaatsvinden als dit voor de voortgang van de behandeling noodzakelijk is. Gezien de hoge graad van comorbiditeit bij de doelgroep van Mozaïk is een combinatie met interventies uit andere zorgpaden mogelijk.

## **4.7 Zorgpad stoornissen impulsbeheersing**

Deze stoornis gaat dikwijls samen met angststoornissen, PTSS of verslavingsproblematiek, soms ook met een verstandelijke beperking. Voorts is steevast sprake van ernstige problematiek op meerdere levensgebieden (huisvesting, financiën, sociaal en praktisch functioneren, werk of dagbesteding, politie en justitie); dit is voor Mozaïk, naast de eigenlijke psychiatrische problematiek, een hard inclusiecriteria.

Voor de behandeling van stoornissen in de impulsbeheersing bestaan geen officieel vastgestelde nationale richtlijnen. Het zorgpad sluit aan bij de best practices die in de internationale psychiatrie zijn ontwikkeld, en daarnaast bij het eigen herstelprogramma van Mozaïk.

### A. Instroom



De intakeprocedure en een onderzoeksvraag alsmede de behandeling vinden plaats binnen Mozaïk.

Afhankelijk van de hulpvraag van cliënt, wordt bepaald wat verder nodig is. Wanneer er actieve begeleiding van de psychiater nodig is en/of psychologische begeleiding, is behandeling in de sGGZ nodig. De inclusiecriteria van Mozaïk worden bij aanmelding van cliënt gehanteerd.

Als contra-indicaties gelden een toestandsbeeld dat klinische opname vereist.

Naast de algemene instroomcriteria van Mozaïk geldt het criterium van een stoornis in de impulsbeheersing die niet uit andere stoornissen kan worden verklaard.

## B. Diagnostiek

*Vaste elementen:*

- intake en screening
- psychiatrisch onderzoek
- risico-inventarisatie
- ROM
- multidisciplinair overleg
- adviesgesprek

*Optioneel:*

- psychodiagnostisch onderzoek (bijv. WAIS, SCL-90, MMPI, NVM, DIVA)
- systeemanalyse
- somatische screening

## C. Behandeling

De behandeling is gericht op een maximaal haalbare beheersing van de gedragsproblematiek en remissie van symptomen. Gemiddelde duur: 2 tot 3 jaar.

*Vaste elementen:*

- psychiatrisch onderzoek
- CGT
- individuele therapie
- periodieke ROM (1 x per half jaar),
- MDO
- evaluatie behandelplan 1 x per half jaar of eerder indien nodig.

*Optioneel indien voortkomend uit psychiatrisch onderzoek :*

- farmacotherapie (met name bij agressieregulatiestoornissen)
- agressieregulatietraining (idem)
- psycho-educatie
- individuele therapie
- systeemtherapie
- steunende en structurerende behandeling

*Uitstroomcriterium:*

Voldoende remissie van symptomen en hanteerbaarheid van problemen op overige leefgebieden, waardoor minder intensieve/gespecialiseerde zorg en ondersteuning volstaat (enkelvoudige sGGZ/bGGZ, professionele begeleiding/ondersteuning, eigen sociaal netwerk, enz.)

*Ten slotte:*

In de behandelfase kunnen diagnostische interventies plaatsvinden als dit voor de voortgang van de behandeling noodzakelijk is. Gezien de hoge graad van comorbiditeit bij de doelgroep van Mozaïk is een combinatie met interventies uit andere zorgpaden mogelijk.

## 4.8 Zorgpad persoonlijkheidsstoornissen

Een persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door hardnekkige en duurzame patronen van denken, voelen en doen die binnen de cultuur van de cliënt duidelijk afwijkt van de verwachting. De persoonlijkheidsstoornis tast het functioneren zodanig aan dat er forse problemen ontstaan op het gebied van veiligheid en gezondheid, relaties en sociaal maatschappelijk functioneren.

Bij deze cliëntengroep is er sprake van een grote verscheidenheid aan klachten en stoornissen die de cliënten presenteren, alsook in de hulp die zij zoeken of aangeboden krijgen, en de resultaten van deze hulpverlening. Persoonlijkheidsstoornissen kennen meestal een chronisch beloop, maar variëren in ernst, complexiteit en in de mate van risico. Vroege herkenning en aanpak van persoonlijkheidsstoornissen kan verergering voorkomen. Vroege onderkenning kan bevorderd worden door het screenen van cliënten op symptomen van deze stoornissen. De aanpak van deze klachten vraagt versterking van beschermende factoren en vergroting van de zelfredzaamheid.

Diagnostisch onderzoek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen vinden bij Mozaïk plaats binnen de sGGZ.

Richtlijnen bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen zijn – naast het eigen herstelprogramma van Mozaïk – de multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen van het Trimbos-instituut.

### A. Instroom

De intakeprocedure en een onderzoeksvraag alsmede de behandeling vinden plaats binnen Mozaïk. Afhankelijk van de hulpvraag van cliënt, wordt bepaald wat verder nodig is. Wanneer er actieve begeleiding van de psychiater nodig is en/of psychologische begeleiding, is behandeling in de sGGZ nodig. De inclusiecriteria van Mozaïk worden bij aanmelding van cliënt gehanteerd. Als contra-indicaties gelden een toestandsbeeld dat klinische opname vereist. Naast de algemene instroomcriteria van Mozaïk geldt het criterium van een stoornis in de impulsbeheersing die niet uit andere stoornissen kan worden verklaard

### B. Diagnostiek

*Vaste elementen:*

- intake en screening
- psychiatrisch onderzoek
- psychodiagnostisch onderzoek
- risico-inventarisatie
- ROM
- multidisciplinair overleg
- adviesgesprek
- somatische screening

*Optioneel voortkomend uit het psychiatrisch onderzoek:*

- psychodiagnostisch onderzoek (bijv. SCL-90/BSI, UCL, NPV-2, NVM, MMPI-2, SCID-II en TAT)
- interpretatie onderzoeksgegevens en advisering
- systeemanalyse

### C. Behandeling

*Vaste elementen:*

- psycho-educatie
- psychiatrisch onderzoek inclusief follow up.
- actief volgen
- leefstijladviezen
- familie/steunsysteem activeren
- ambulante individuele psychotherapie
- schematherapie
- motiverende gespreksvoering
- systeemtherapie
- farmacotherapie
- DGT
- CGT

*Uitstroomcriterium:*

Voldoende ont koppeling van emoties en probleemgedrag en hanteerbaarheid van problemen op overige leefgebieden, waardoor minder intensieve/gespecialiseerde zorg en ondersteuning volstaat.

*Ten slotte:*

In de behandel fase kunnen diagnostische interventies plaatsvinden als dit voor de voortgang van de behandeling noodzakelijk is. Gezien de hoge graad van comorbiditeit van de doelgroep van Mozaïk is een combinatie met interventies uit andere zorgpaden mogelijk.

#### **4.9 Zorgpad schizofrenie en andere psychotische stoornissen**

Cliënten van Mozaïk met een psychotische stoornis – vrijwel altijd schizofrenie – zijn relatief gering in aantal, omdat psychotische stoornissen dikwijls leiden tot een klinisch zorgtraject.

De stoornis gaat dikwijls samen met verslavingsproblematiek, agressieproblematiek, depressiviteit en somatische problematiek, soms ook met een verstandelijke beperking. Voorts is stevast sprake van ernstige problematiek op meerdere levensgebieden (huisvesting, financiën, sociaal en praktisch functioneren, werk of dagbesteding, politie en justitie). Richtlijn bij de behandeling is – naast het eigen herstelprogramma van Mozaïk – de Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie van het Trimbos-instituut.

##### A. INSTROOM

De intakeprocedure en een onderzoeksvraag alsmede de behandeling vinden plaats binnen Mozaïk. Afhankelijk van de hulpvraag van cliënt, wordt bepaald wat verder nodig is. Wanneer er actieve begeleiding van de psychiater nodig is en/of psychologische begeleiding, is behandeling in de sGGZ nodig. De inclusiecriteria van Mozaïk worden bij aanmelding van cliënt gehanteerd.

Als contra-indicaties gelden een toestandsbeeld dat klinische opname vereist.

##### B. DIAGNOSTIEK

*Vaste elementen:*

- intake en screening
- psychiatrisch onderzoek
- psychodiagnostisch onderzoek
- somatische screening
- risico-inventarisatie
- ROM
- multidisciplinair overleg

- adviesgesprek

### C. BEHANDELING

#### *Vaste elementen:*

De behandeling is gericht op beteugeling van het acute psychosegevaar en een maximaal haalbare beheersing van symptomen. Gemiddelde duur: 2 tot 3 jaar.

- psychiatrisch onderzoek
- farmacotherapie
- CGT
- steunende en structurerende behandeling
- periodieke ROM (1 x per half jaar),
- MDO
- evaluatie behandelplan 1 x per half jaar of eerder indien nodig.

#### *Optioneel indien voortkomend uit psychiatrisch onderzoek:*

- agressieregulatietraining
- psycho-educatie
- individuele therapie
- systeemtherapie
- netwerkinterventies
- suïcidepreventie
- Libermantraining

#### *Uitstroomcriterium:*

Voldoende remissie van symptomen en hanteerbaarheid van problemen op overige leefgebieden, waardoor minder intensieve/gespecialiseerde zorg en ondersteuning volstaat (enkelvoudige sGGZ/bGGZ, professionele begeleiding/ondersteuning, eigen sociaal netwerk, enz.)

#### *Ten slotte:*

In de behandel fase kunnen diagnostische interventies plaatsvinden als dit voor de voortgang van de behandeling noodzakelijk is. Gezien de hoge graad van comorbiditeit bij de doelgroep van Mozaïk is een combinatie met interventies uit andere zorgpaden mogelijk.

## **4.10 Zorgpad verslavingsstoornissen/dubbele diagnose**

Mozaïk is een GGZ-instelling die zich richt op ernstige, complexe en meervoudige problematiek, waarvan verslavingsproblematiek een onderdeel kan zijn. Meestal betreft het afhankelijkheid van meerdere middelen, met name alcohol en cannabis, in mindere mate van speed, cocaïne of GHB; afhankelijkheid van opiaten komt weinig voor.

De verslavingsproblematiek van de cliënten is stevast onderdeel van een groter probleemcomplex (meervoudige stoornissen, een verstandelijke beperking en een stresssyndroom). Het ligt dan ook voor de hand dat Mozaïk voor behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek een zorgpad kiest voor dubbele diagnose.

### A. Instroom

Naast de algemene instroomcriteria van Mozaïk geldt het criterium van een ernstige psychiatrische stoornis in combinatie met een ernstige verslavingsstoornis, die elkaar beïnvloeden. Als contra-indicatie geldt een toestandbeeld dat klinische opname vereist.

### B. Diagnostiek

#### *Vaste elementen:*

- intake en screening
- psychiatrisch onderzoek

- risico-inventarisatie
- ROM
- multidisciplinair overleg
- adviesgesprek

*Optioneel:*

- psychodiagnostisch onderzoek (met name bij vermoeden van persoonlijkheidsstoornis, aandachtsdeficiëntie of hyperactiviteitsstoornis)
- systeemanalyse
- somatische screening

## C. Behandeling

### **Route 1: Overwegen**

Deze route wordt gevolgd als de motivatie van de patiënt gering is. Gemiddelde duur: 1 tot 2 jaar.

*Vaste elementen:*

- psychiatrisch onderzoek
- psycho-educatie
- motiverende gespreksvoering
- individuele behandeling
- somatische screening
- ROM
- HoNos, indien gepast Mate

*Optioneel:*

- farmacotherapie
- ervaringsdeskundige interventies
- systeeminterventies
- EMDR
- steunende en structurerende behandeling
- activerende/ondersteunende begeleiding
- klinische time-out (EXTERN)

*Uitstroomcriterium:*

Motivatie en inzicht aanwezig die overstap naar route 2 mogelijk maken (probleembesef, cliënt wil veranderen).

### **Route 2: Veranderen**

Deze route wordt gevolgd als de motivatie van de patiënt gemiddeld is. Gemiddelde duur: 1 jaar.

*Vaste elementen:*

- psychiatrisch onderzoek
- individuele behandeling
- somatische screening
- detoxicatie (zo nodig klinisch en dan EXTERN)
- terugvalpreventie (bijv. Libermanmodules)
- ROM
- HoNos indien gepast Mate

*Optioneel:*

- farmacotherapie



- CGT
- Module Seeking Safety
- EMDR
- systeemtherapie
- activerende/ondersteunende begeleiding
- ervaringsdeskundige interventies
- klinische time-out (EXTERN)

*Uitstroomcriterium:*

Motivatie en inzicht aanwezig die overstap naar route 3 mogelijk maken (cliënt erkent behandelresultaten en wil verder), in combinatie met aantoonbare reductie van symptomen (geen of gecontroleerd middelengebruik gedurende 3-6 maanden, psychiatrische stoornis gereduceerd of gestabiliseerd, somatische conditie verbeterd).

**Route 3: Consolideren**

Deze route wordt gevolgd als de motivatie van de patiënt groot is. Gemiddelde duur: 1 jaar.

*Vaste elementen:*

- psychiatrisch onderzoek
- individuele behandeling
- terugvalpreventie
- somatische screening
- ROM
- Mate, HoNos indien gepast FARE

*Optioneel:*

- CGT
- farmacotherapie
- systeemtherapie
- activerende/ondersteunende begeleiding
- ervaringsdeskundige interventies
- Libermanmodules gericht op terugvalpreventie
- klinische time-out (EXTERN)

*Uitstroomcriterium:*

Middelengebruik duurzaam onder controle en psychiatrische stoornis duurzaam hanteerbaar, waardoor minder intensieve/gespecialiseerde zorg en ondersteuning volstaat (enkelvoudige sGGZ/bGGZ, professionele begeleiding/ondersteuning, eigen sociaal netwerk, enz.)

*Ten slotte:*

In de behandelfase kunnen diagnostische interventies plaatsvinden als dit voor de voortgang van de behandeling noodzakelijk is. Gezien de hoge graad van comorbiditeit bij de doelgroep van Mozaïk is combinatie van interventies uit andere zorgpaden mogelijk.

Hersteltrajecten in de psychiatrie kennen zelden een lineair verloop. Voor de doelgroep van Mozaïk geldt dit des te meer. Terugval van 'hogere' naar 'lagere' zorgroutes is daarom mogelijk.

Mozaïk ontvangt met enige regelmaat verwijzingen vanuit verslavingsklinieken (met name van Antes Zorg en Novadic Kentron) van cliënten die zo verstrikt zitten in hun meervoudige problematiek dat verslavingstherapie alleen onvoldoende is, en bovendien de behandelrelatie ernstig verstoord is geraakt. Met name voor hen is de presentiebenadering in combinatie met sociaalpsychiatrische interventies van belang, gericht op het doorbreken van agressie en achterdocht en het herstel van een effectieve behandelrelatie. Bovendien wordt eerder een

minder schadelijk gebruik voor de cliënt zelf en zijn omgeving nagestreefd (gecontroleerd gebruik) dan de (veelal onhaalbare) totale ontwenning en blijvende abstinentie. Door het veelal langdurige intensieve middelengebruik kan de behandeling van deze cliënten meerdere jaren duren.

## **5 Slotwoord**

Voortschrijdende inzichten in behandelingen, behandelprogramma's, diagnostische instrumenten stellen GGZ-instellingen tot taak minimaal jaarlijks het behandelproces te evalueren en indien nodig bij te stellen. Deze evaluatie vindt bij Mozaïk plaats door regiebehandelaren, psychologen en basis-behandelaren onder leiding van de behandelcoördinator.

De bijgestelde versie van dit document n.a.v. bovengenoemde evaluatie wordt altijd opgenomen in de digitale bibliotheek van Pameijer; de moederorganisatie van Mozaïk. En vervolgens voor cliënten en verwijzers toegankelijk geplaatst op de website van Mozaïk.

A.P.D.M. van den Broek  
(behandelcoördinator Mozaïk)

15 juni 2021