

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 De Forensische Zorgspecialisten

Hoofd postadres straat en huisnummer: Willem Dreeslaan 2

Hoofd postadres postcode en plaats: 3515GB UTRECHT

Website: www.deforensischezorgspecialisten.nl , verder ook www.hoevenkliniek.nl en www.dewaagnederland.nl

KvK nummer: 41184520

AGB-code 1: 06290607

2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt

Naam: C. van Gestel

E-mailadres: kwaliteitsstatuut@dfzs.nl

Tweede e-mailadres

Telefoonnummer: 030-2758275

3. Onze locaties vindt u hier

Link: www.dfzs.nl, www.hoevenkliniek.nl en www.dewaagnederland.nl

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.:

De Forensische Zorgspecialisten levert 'zorg voor veiligheid'. Daarmee wordt bedoeld dat de organisatie zowel klinisch, als ambulant (hoog)specialistische geestelijke gezondheidszorg biedt aan patiënten of cliënten die dreigen met de politie en justitie in aanraking te komen wegens grensoverschrijdend gedrag of die daadwerkelijk met de politie en justitie in aanraking zijn of zijn geweest (en verwezen worden door forensische verwijzers). De klinische zorg wordt geboden in klinieken met een hoog beveiligingsniveau. De organisatie heeft veel expertise ten aanzien van (ernstige) agressieproblematiek, vermogensdelinquentie, huiselijk geweld (partnergeweld en kindermishandeling) en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Ambulant wordt ook behandeling geboden aan jeugdigen (onder de 18 jaar).

De behandeling volgt de inmiddels bewezen effectieve Risk-Need-Responsivity-principes en richt zich op dynamische, veranderlijke risicofactoren, maar ook op het aanbrengen van beschermende factoren in het leven van de patiënten of cliënten. De betrokkenheid van het netwerk en de naasten zijn daarbij essentieel.

Ambulante behandeling vindt plaats op basis van erkende zorgprogramma's. Uit die programma's wordt een behandelaanbod op maat samengesteld per cliënt. De behandeling is doorgaans grotendeels individueel en wordt, waar nodig en zo mogelijk, aangevuld met systemische en blended elementen (een combinatie van face-to-face contact, (beeld)bellen en e-health). Verder kan de behandeling worden uitgebreid met groepstherapie, relatietherapie, farmacotherapie, vaktherapie en/of Virtual Reality. In de klinische setting bestaat de behandeling uit diverse vormen van individuele en/of groepsgerichte psychotherapeutische behandelingen, vaktherapie en farmacotherapie. Daarnaast wordt een passend leefklimaat geboden en uiteraard zijn er veel

mogelijkheden voor dagbesteding, scholing, training en ook werkplekken. Op termijn kan blended behandelen ook in de klinieken tot de mogelijkheden gaan behoren (wat een verruiming van de mogelijkheden betekent).

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

Angststoornissen

Bipolaire stemmingsstoornissen

Depressieve stemmingsstoornissen

Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen

Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen

Persoonlijkheidsstoornissen

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)

Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen

Trauma en stress gerelateerde stoornissen

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

Ja, wij hebben een afdeling hoogspecialistische ggz voor

Angststoornissen

Bipolaire stemmingsstoornissen

Depressieve stemmingsstoornissen

Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen

Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen

Persoonlijkheidsstoornissen

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)

Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen

Trauma en stress gerelateerde stoornissen

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

Persoonlijkheidsproblematiek en trauma

Impulscontrolestoornissen en trauma

Mensen met een (licht) verstandelijke beperking

Overig, namelijk: Combinaties van stoornissen die zichtbaar worden in het delictgedrag, waarbij klinisch long care wordt geboden voor bijvoorbeeld EPA-patiënten (patiënten met ernstige psychische aandoeningen), Forensisch FACT wordt geboden en een overig ambulant aanbod die juist niet gericht is op EPA-patiënten.

5. Beschrijving professioneel netwerk:

Dit netwerk is, uit de aard van de opdracht die de organisatie heeft, te weten 'zorg voor veiligheid' zeer uitgebreid. Gedacht kan worden aan:

- Huisartsen en hun POH-GGZ;
- Generalistische GGZ-instellingen in en buiten de regio;
- Overige forensische GGZ-instellingen;
- Diverse instellingen voor begeleid en beschermd wonen, met name Kwintes en Lister;
- Zorg- en veiligheidshuizen en de levensloopaanpak in alle regio's waarin de organisatie actief is;
- Reclasseringsinstanties;
- Instellingen voor werk- en dagbesteding;

- Ketenpartners in het strafrecht, met name politie, Openbaar Ministerie, Ministerie van Justitie en Veiligheid;
- Landelijk Zorgsysteem Veteranen;
- Instellingen die gespecialiseerd zijn in het begeleiden van mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en het landelijk kenniscentrum LVB;
- Organisaties die de kwaliteit van forensische zorg stimuleren, zoals het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, Kwaliteit Forensische Zorg, het landelijke poliplatform van forensische ambulante zorginstellingen, de Rinogroep etc.

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 Zorgprestatie-model. In de toekomst zal het eerste onderscheid komen te vervallen.

:

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

- Psychiater
- Klinisch (neuro)psycholoog
- Psychotherapeut
- GZ psycholoog
- Orthopedagoog generalist
- Verpleegkundig specialist GGZ

Binnen de klinische setting kan het regiebehandelaarschap vervuld worden door één van de genoemde disciplines. Welke discipline ingezet wordt als indicierend en/of coördinerend regiebehandelaar wordt bepaald door twee factoren. De beschikbaarheid van medewerkers van één van de genoemde disciplines op een specifieke locatie en de specifieke expertise van medewerkers zijn samen bepalend ten aanzien van de invulling van het regiebehandelaarschap, waarbij één van de belangrijke doelstellingen is, het beperken van de wachtlijst en het inzetten van een regiebehandelaar met voldoende expertise met betrekking tot de problematiek van de patiënt. Meestal betreft het regiebehandelaarschap zowel de indicerende, als coördinerende rol, maar een scheiding van taken is mogelijk.

In de klinieken is een psychiater, klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog lid van het (multidisciplinair) intake team en vervolgens ook van het behandelteam. Genoemde disciplines hebben na opname altijd uiterlijk binnen 48 uur direct contact gehad met een opgenomen patiënt. Hun verdere betrokkenheid krijgt vanaf dat moment en in samenspraak met de indicierend regiebehandelaar en het behandelteam vorm conform 'De Behandelroute' (onder verantwoordelijkheid van de hoofden patiëntenzorg). Dit document beschrijft alle stappen die in een klinisch behandeltraject gezet worden en ook in welke frequentie en met welke disciplines. Centraal in dit traject staat het multidisciplinair gegenereerde behandelplan, dat driemaandelijks geëvalueerd wordt, waarna behandeldoelen en interventies kunnen worden bijgesteld. Van de multidisciplinaire patiëntenoverleggen en de behandelevauaties wordt verslag gelegd in het elektronisch patiëntendossier (EPD). Voor patiënten die behandeld worden in de klinieken met beveiligingsniveau 3 of lager, geldt dat het zorgplan, dat uiterlijk een week na opname gereed is, richtinggevend is voor de inzet van vrijheidsbeperkende interventies binnen de klinieken.

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

- Psychiater
- Klinisch (neuro)psycholoog
- Psychotherapeut
- GZ psycholoog
- Orthopedagoog generalist
- Verpleegkundig specialist GGZ

Binnen de ambulante setting kan het regiebehandelaarschap vervuld worden door één van de genoemde disciplines. Welke discipline ingezet wordt als indicerend en/of coördinerend regiebehandelaar wordt bepaald door twee factoren. De beschikbaarheid van medewerkers van één van de genoemde disciplines op een specifieke locatie en de specifieke expertise van medewerkers zijn samen bepalend ten aanzien van de invulling van het regiebehandelaarschap, waarbij één van de belangrijke doelstellingen is, het beperken van de wachtlijst en het inzetten van een regiebehandelaar met voldoende expertise met betrekking tot de problematiek van de cliënt. Meestal betreft het regiebehandelaarschap zowel de indicerende, als coördinerende rol, maar een scheiding van taken is mogelijk.

Ambulant is een psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog of psychotherapeut lid van het multidisciplinair behandelteam (MDT). In dit team worden alle intakes in eerste instantie besproken. De verdere betrokkenheid van de genoemde specialisten bij de diagnostiek en indicatiestelling krijgt vanaf dat moment, in samenspraak met de indicerend regiebehandelaar en het behandelteam, vorm conform de afspraken die gelden voor de Waag-behandeltrajecten. Deze afspraken liggen vast in onder meer de zorgprogrammering en werkprocessen, waarvoor de directeur behandelzaken verantwoordelijk is. Indien nodig worden voor het indiceren van het juiste behandel aanbod andere experts betrokken. Wanneer op basis van de intake een behandeling bij de Waag (inclusief de ForFACT-teams) mogelijk passend lijkt, wordt een initieel behandelplan opgesteld. Dit plan wordt doorgaans samen met de intake, maar zo nodig afzonderlijk, in het MDT besproken. Het initieel behandelplan geeft richting aan de voorbereidende behandelfase, waarin diagnostiek en risicotaxatie plaatsvinden. Soms wordt in deze fase ook nog onderzocht of een behandeling bij de Waag daadwerkelijk geïndiceerd is. Tijdens de evaluatie van dit plan wordt gecheckt of de rol van de regiebehandelaar door een passende discipline wordt vervuld. Aan het einde van de voorbereidende behandelfase wordt het eerste behandelplan vastgesteld, dat richtinggevend is voor de verdere behandeling.

Het eerste behandelplan en de daaropvolgende (jaarlijkse) behandelplannen worden in het MDT besproken. Van alle multidisciplinaire overleggen wordt verslag vastgelegd in het EPD.

7. Structurele samenwerkingspartners

Stichting De Forensische Zorgspecialisten 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)):

De Forensische Zorgspecialisten werkt ten behoeve van de behandeling en begeleiding van patiënten/cliënten samen met:

GGZ-instellingen:

- GGZ Centraal

www.GGZcentraal.nl

Utrechtseweg 266

3818 EW Amersfoort

033-4609609

- Inforsa

www.inforsa.nl

Duivendrechtsekade 55

1096 AH Amsterdam

020-5908100

- Altrecht

www.altrecht.nl

Lange Nieuwstraat 119

3512 PG Utrecht

030-2308585

- Jellinek
www.jellinek.nl
Arthur van Schendelstraat 800
3511 ML Utrecht
088-5051220

Beschermd en begeleid wonen:

- Lister
www.lister.nl
Furkaplateau 15
3524 ZH Utrecht
030-2361070

- Kwintes wonen
www.kwintes.nl
Laan van Vollenhove 3213
3706 AR Zeist
0800-5946837

- Humanitas (Homerun)
www.humanitas.nl
Baarsjesweg 224,
1058 AA Amsterdam
020-5231100

Verstandelijk gehandicaptenzorg:

- Stichting Philadelphia Zorg
www.philadelphia.nl
Wijersstraat 1
3811 MZ Amersfoort
033-7602000

Somatische zorg:

- UMC Utrecht
www.umcutrecht.nl
Heidelberglaan 100
3584 CX Utrecht
088-7555555

- Diaconessenhuis Utrecht
www.diaconessenhuis.nl
Bosboomstraat 1
3582 KE Utrecht
088-2505000

- Meander Medisch Centrum
www.meandermc.nl
Maatweg 3
3813 TZ Amersfoort
033-8505050

Diagnostiek/laboratorium

- Saltro
www.saltro.nl
Mississippidreef 83
3565 CE Utrecht
088-7001000

- Diagnostiek voor U
www.diagnostiekvoorU.nl
Boschdijk 1119
5626 AG Eindhoven
088-2141149

Apotheek:
Apotheek Koert
www.apotheekkoert.nl
Herculesplein 371
3584 AA Utrecht
030-2736160

Veiligheidshuizen (landelijke samenwerking):
www.veiligheidshuizen.nl
o.a. Stadhuisbrug 1
3512 GG Utrecht
030-2861163

Reclassering:
- Reclassering Nederland
www.reclasseringnederland.nl
Vivaldiplantsoen 100
3533 JE Utrecht
088-8041000
- Reclassering Leger des Heils
www.legerdesheils.nl/reclassering
Zeehaenkade 30
3526 LC Utrecht
088-0901000
- Verslavingsreclassering
www.svg.nl
Franz-Lisztplantsoen 200
3533 JG Utrecht
030-3107736

Buurt/wijkteams: landelijke spreiding te vinden op de gemeentelijke websites

II. Organisatie van de zorg

8. Lerend netwerk

Stichting De Forensische Zorgspecialisten 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.

De Forensische Zorgspecialisten geeft op de volgende manier invulling aan het lerend netwerk van regiebehandelaren:

- De ambulante zorgprogramma's kennen een opleidingstraject, met jaarlijkse boosters en structurele maandelijkse methodische intervisies waarbij casuïstiek wordt besproken. Tijdens de boosters en de intervisies zijn (regie)behandelaren van verschillende disciplines aanwezig. (Regie)behandelaren kunnen daarnaast ook maandelijks intervisie volgen gericht op verdieping ten aanzien van een specifieke methodiek. Verder is er aandacht voor de doorontwikkeling van de zorgprogramma's en het zorgdragen voor het behoud van kwaliteit via het netwerk van 'programmaverantwoordelijken' die eveneens bestaat uit verschillende disciplines, waaronder

regiebehandelaren. Elk zorgprogramma heeft per vestiging een programmaverantwoordelijke. De groep programmaverantwoordelijken komt, uiteraard per zorgprogramma, verschillende keren per jaar bijeen;

- Er is toegang tot een leerportaal en het aanbod van de GGZ Ecademy;
- In de hele organisatie is er structurele aandacht voor de teamdynamiek in een zorglijn/multidisciplinair overleg/behandelteam;
- Over specifieke aandachtsgebieden (denk aan 'trauma', 'ADHD', 'verslaving' en 'transculturaliteit') worden ambulant kennis en vaardigheden verspreid via aandachtsfunctionarissen, die zich met drie tot vier keer per jaar organisatiebreed verenigen. Daarnaast zijn in de gehele organisatie overkoepelende thema's belegd in expertiseteams (zoals het psychodiagnostisch expertiseteam, maar ook teams ten aanzien van intensieve traumatherapie);
- Innovatie, onderzoek en doorontwikkeling van de bestaande programma's worden gestimuleerd via het ZIO (ambulant) / ZIOS (klinisch). Deze afkorting staat voor 'Zorgontwikkeling, Innovatie en Onderzoek (& Scholing)'. Het ZIO(S) werkt conform een jaarplan. Medewerkers worden onder andere gestimuleerd om mee te doen aan innovaties en wetenschappelijk onderzoek, dan wel worden geïnformeerd over de uitkomsten van eigen wetenschappelijk onderzoek;
- Er is nauwe verwevenheid met de sectorbrede ontwikkelingen via het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie en Kwaliteit Forensische Zorg;
- De organisatie kent een uitgebreid (gecertificeerd) opleidingsprogramma voor verpleegkundig specialisten, GZ-psychologen, klinisch psychologen, psychotherapeuten en psychiaters;
- De organisatie heeft een medische staf en vakgroepen voor klinisch psychologen, seksuologen en psychomotorische therapeuten;
- In afstemming met andere forensische zorgaanbieders is er een tweejaarlijkse refereerdag;
- De ambulante setting mag voor drie zorglijnen het TOPGGz-keurmerk voeren. Dit houdt in dat deze zorglijnen aantoonbaar voldoen aan de hoge kwaliteitscriteria die voor TOPGGz zijn vastgesteld. Het keurmerk verplicht bovendien om deze kwaliteit continu te borgen en verder te ontwikkelen, onder andere door structurele inzet op wetenschappelijk onderzoek, innovatie, deskundigheidsbevordering en actieve kennisdeling binnen en buiten de organisatie;
- De organisatie kent een halfjaarlijkse kwaliteitsrapportage waarin 'hoog over' gegevens worden samengebracht die een indicatie geven voor de kwaliteit van zorg. Deze gaat gepaard met een verbetermonitor, waarmee wordt beoogd voorgenomen verbeteringen ook tot voltooiing te brengen. De directie en hoofden patiëntenzorg/directeur behandelszaken worden actief geïnformeerd over deze rapportage en nemen de relevante punten mee naar hun overleg met de regiebehandelaren.

9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

Stichting De Forensische Zorgspecialisten ziet er als volgt op toe dat:

9a. Zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn:

De Forensische Zorgspecialisten stelt een bewijs van inschrijving in het BIG-register en een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) verplicht. De BIG-registratie wordt eens in de drie jaar door de afdeling HR gecontroleerd. De VOG wordt eens in de drie jaar voor de medewerkers in het primaire proces aangevraagd en eens in de vijf jaar voor de overige medewerkers. De regiebehandelaar weet zich bij elke cliënt/patiënt overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van betrokken zorgverleners en wordt hierin administratief ondersteund door HR.

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

In de ambulante zorglijnen zijn behandelprogramma's opgenomen die ontwikkeld zijn voor de forensische sector. Waar mogelijk wordt gebruikgemaakt van de erkende interventies (Erkenningscommissie Justitiële Interventies). Wat gezien kan worden als state of the art voor de forensische setting en/of inmiddels bewezen effectief is bij de forensische doelgroep. Hierbij (en daarnaast) wordt altijd gebruikgemaakt van de interventies en behandelprogramma's die wetenschappelijk bewezen effectief zijn, of aansluiten bij de bestaande richtlijnen/best practice. Klinisch wordt het behandel aanbod getoetst door een brede programma raad met als doel alleen

evidence based interventies aan te bieden.

De Forensische Zorgspecialisten heeft de beschikking over een uitgebreide afdeling onderzoek om expertise te delen met andere forensische instellingen en de meetinstrumenten en behandelingen te toetsen op hun effectiviteit.

Binnen de multidisciplinaire intervisies wordt op casusniveau toegezien op het (juiste) gebruik van de richtlijnen en werkinstructies, hierbij is het behoud van de programma-integriteit relevant. Het gebruik van de richtlijnen en werkinstructies (en de herziening hiervan) wordt bij De Forensische Zorgspecialisten jaarlijks onafhankelijk getoetst door middel van de interne audits en door de deskundigen voor de ISO-kwaliteitscertificering. Ook worden er regelmatig procesevaluaties uitgevoerd binnen de ambulante setting om te toetsen of de behandeling wordt uitgevoerd zoals bedoeld. Hiervoor wordt er ook structureel gebruikgemaakt van de specifieke evaluatieformulieren.

9c. Zorgverleners hun deskundigheid op peil houden:

Nieuwe medewerkers worden volgens een intern deskundigheidsprogramma bijgeschoold, zowel in de behandeling als de bejegening van de cliënten/patiënten. Wat betreft de inhoudelijke kennis worden de medewerkers geschoold binnen de zorgprogramma's die horen bij de verschillende zorglijnen. Zij krijgen hiervoor ook jaarlijkse boosters aangeboden. Daarnaast volgen de verschillende disciplines bijscholing passend bij hun beroepsgroep, zowel intern als extern georganiseerd, of via het lidmaatschap van de GGZ Ecademy, wat voor iedere medewerker beschikbaar is gesteld.

Voor diverse BIG-geregistreerde medewerkers, met name de specialisten en ook de psychotherapeuten en orthopedagogen-generalist, is bijscholing vanuit de beroepsgroep verplicht. Hiervoor staan hen budgetten ter beschikking. Elke drie jaar wordt door de afdeling HR gecontroleerd of men aan de herregistratieplicht heeft voldaan. Voor alle andere behandelaars is er een scholingsbudget dat in overleg met het eigen team aangewend kan worden, om te borgen dat relevante expertise op alle plekken in de organisatie voldoende voorhanden is.

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 De Forensische Zorgspecialisten is het (multidisciplinair) overleg en de informatieuitwisseling en -overdracht tussen regiebehandelaar en andere betrokken behandelaars als volgt geregeld:

Afhankelijk van de setting (respectievelijk klinisch of ambulant) vindt er dagelijks tot (minimaal) tweewekelijks een multidisciplinair overleg plaats waarin de lopende en nieuwe behandelingen worden besproken in de aanwezigheid van de regiebehandelaar en overige betrokken hulpverleners, waaronder minimaal een klinisch (neuro)psycholoog en/of psychiater en/of (in de ambulante setting) psychotherapeut. De verslaglegging vindt in het EPD plaats.

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

Er wordt gewerkt op basis van de Risk-Need-Responsivity-principes. Deze principes blijken effectief in het behandelen van de forensische doelgroep en helpen om te kunnen inschatten (of te bepalen) hoe intensief en hoe lang een behandeling dient te zijn. Daarnaast wordt een checklist met acute risicofactoren gebuikt in de ambulante setting om tijdig te kunnen beslissen of opschaling aan de orde is. De Forensische Zorgspecialisten kan binnen de eigen organisatie op- en afschalen als het gaat om de zorgintensiteit en/of veiligheidsniveau's. Waar De Forensische Zorgspecialisten onvoldoende mogelijkheden heeft, worden ketenpartners benaderd.

De werkwijze die De Forensische Zorgspecialisten hanteert, komt overeen met de matched care benadering, dat wil zeggen dat de zorg die nodig is voor de veiligheid van cliënten/patiënten en hun omgeving wordt geleverd, passend bij de behandeldoelen en risico's.

De benodigde aard en intensiteit van de zorg worden met de (landelijk erkende) risicotaxatie-instrumenten ingeschat door de regiebehandelaar bij de start van de behandeling en daarna

minimaal eens per jaar. Dit gebeurt zo nodig eerder bij wijzigingen van het behandelplan, de verlofaanvragen, het ontslag, een heropname of (naderende) crisissituaties (in overleg met een specialist). Daarnaast blijft er structureel oog voor eventuele acute risicofactoren.

Als de risico's voor de cliënt/patiënt en/of de maatschappij afnemen, dan wordt de zorg op een minder intensief of gesloten niveau voortgezet. Als de risico's (tijdelijk) toenemen, dan kan er besloten worden tot een meer intensief (poli)klinisch behandeltraject. De regiebehandelaar blijft zoveel mogelijk dezelfde, tenzij er sprake is van een langdurige overplaatsing naar een andere afdeling of zorglijn.

10d. Binnen Stichting De Forensische Zorgspecialisten geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de volgende escalatieprocedure:

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de uitvoering van het behandelplan en maakt daarin dan ook uiteindelijk de keuzes. Indien meerdere behandelaren een deel van de behandeling leveren, moeten zij in multidisciplinair overleg tot een overeenstemming komen over de uitvoering en samenhang hiervan. Iedere behandelaar heeft dan uiteraard zijn/haar eigen professionele verantwoordelijkheid. Bij een verschil van inzicht kunnen informeel collega's geconsulteerd worden, maar ook (ambulant) de directeur behandelzaken, of (klinisch) de hoofden patiëntenzorg.

Uiteindelijk is de regiebehandelaar bepalend, maar bij onoverbrugbare verschillen van inzicht worden leidinggevend ingeschakeld, niet om het inhoudelijke pleit te beslechten, maar om het multidisciplinaire samenwerken weer op gang te brengen. Overigens moet met de (waarnemend) geneesheer-directeur overeenstemming zijn over de inzet van vrijheidsbeperkende interventies als de rechtspositie van patiënten dit dicteert. De geneesheer-directeur heeft hier een zelfstandige en beslissende bevoegdheid.

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://dfzs.nl/over-ons/klachten/>

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

Naam geschilleninstantie waarbij instelling is aangesloten: De Geschillencommissie Geestelijke Gezondheidszorg (onderdeel van De Geschillencommissie Zorg)

Contactgegevens: Postadres: postbus 90600, 2509 LP Den Haag. Bezoekadres: Bordewijklaan 46, 2591 XR Den Haag. Telefoonnummer: 070-3105380. Website: www.degeschillencommissiezorg.nl

De geschillenregeling is hier te vinden:

Link naar geschillenregeling: <https://www.degeschillencommissiezorg.nl/over-ons/zorgcommissies/geestelijke-gezondheidszorg/>

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: Cliënten vinden informatie over de wachttijden voor intake en behandeling en begeleiding via <https://dewaagnederland.nl/wachtijd/> en kunnen deze telefonisch opvragen. Voor de klinische behandeling is deze informatie op te vragen via het bureau plaatsingen (030-2758275). De informatie is, indien het onderscheid van toepassing is, per zorgverzekeraar en per diagnose.

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):

Ambulant:

Voor een ambulante aanmelding is een verwijzing nodig van een geautoriseerd verwijzer, zoals de huisarts, reclassering of GGZ-behandelaar of door een lokaal team van een gemeente. Een cliënt kan zichzelf niet aanmelden, dit moet altijd door een verwijzer gebeuren. De aanmeldingen komen via het ZorgDomein binnen, of via de telefoon/e-mail en worden beoordeeld door de aanmeldfunctionaris al dan niet in overleg met een multidisciplinair team. Er wordt eerst gescreend of bij de cliënt sprake is van forensische problematiek (grensoverschrijdend gedrag en/of delictgedrag in combinatie met een declarabele DSM-5 classificatie). Als er nog onduidelijkheid is over de aanwezigheid van forensische problematiek, dan wordt dit uitgezocht door informatie bij de verwijzer op te vragen. Als een cliënt (mogelijk) voldoet aan de indicatiecriteria voor de forensische zorg en er is geen sprake van een contra-indicatie (suïcidaliteit, crisisgevoeligheid of verslavingsproblematiek in die mate dat zorg of begeleiding buiten de forensische GGZ beter passend is) wordt hij/zij uitgenodigd voor een intakegesprek. Zie hiervoor het kopje over de indicatiestelling, ook met betrekking tot het vormgeven van de probleemanalyse.

Klinisch:

De verwijzer vult digitaal het aanmeldformulier in dat via de plaatsingscoördinator wordt verspreid. De aanmelding wordt vervolgens voorgelegd aan de regiebehandelaren van de kliniek/afdelingen waar de opname en behandeling passend geacht worden.

14b. Binnen Stichting De Forensische Zorgspecialisten wordt de cliënt doorverwezen naar een andere zorgaanbieder met een passend zorgaanbod of terugverwezen naar de verwijzer –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 De Forensische Zorgspecialisten 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):

Ambulant:

De afspraak komt per e-mail, telefonisch en/of per post met de cliënt tot stand. De intake wordt (deels) door de regiebehandelaar uit de zorglijn waar de problematiek het beste lijkt te passen, uitgevoerd. Meestal wordt de intake direct afgerond met een initieel behandelplan (voorbereidend behandelplan), waarin een voorlopige diagnose en indicatie voor een zorgprogramma wordt gesteld en in overleg met de cliënt de doelen voor de voorbereidende behandelfase worden vastgesteld. Ook wordt overlegd wie de eventuele medebehandelaar gaat zijn en welke rol hij/zij op zich neemt. De intake wordt in een multidisciplinair overleg van de zorglijn (kort) besproken en getoetst op de

aanwezigheid van voldoende criteria om de volgende fase in te gaan, dan wel voldoende contra-indicaties om te besluiten niet verder te gaan. Dit laatste is niet vaak aan de orde vanwege de zorgvuldige aanmeldfase. De verwijzer wordt op de hoogte gebracht van het besluit het traject door te zetten, of niet (met een advies).

Tijdens de voorbereidende behandelfase wordt in ieder geval een risicotaxatie gedaan en staat de actuele veiligheid voor de cliënt en zijn omgeving centraal. Er wordt om die reden gewerkt aan het opbouwen van een behandelrelatie, het motiveren en het opstellen van een veiligheidsplan en/of crisisplan. Er wordt in de voorbereidende behandelfase gebruikgemaakt van één of meer erkende risicotaxatie-meetinstrumenten. Daarnaast wordt, indien nodig, nadere diagnostiek verricht om te komen tot een beter onderbouwde diagnose en een aanvullend passend behandelaanbod.

Desgewenst kan de regiebehandelaar of de cliënt andere professionals vragen met voldoende expertise voor het doen van (delen van) het diagnostisch onderzoek.

Naar aanleiding van de verkregen informatie die tijdens deze fase wordt opgedaan, wordt een probleemanalyse opgesteld. Deze analyse en de wijze waarop de cliënt zich heeft ontwikkeld, is bepalend voor het tweede, meer omvattende 'officiële' behandelplan. Dat opnieuw in overleg met de cliënt is opgesteld en ook besproken is in een multidisciplinair team in de aanwezigheid van een specialist (psychiater of klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut). Dit behandelplan beschrijft de inhoud en aanpak van de behandelfase, waarbij de forensische Risk-Need-Responsivity-principes richtinggevend zijn en gebruik wordt gemaakt van de behandelinterventies uit het geïndiceerde zorgprogramma. De indicerende regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het vaststellen en vormgeven van beide behandelplannen. Aangezien het indiceren nauw verbonden is met de behandelinterventies in de voorbereidende fase en met het opbouwen van een behandelrelatie, wordt er in de praktijk vaak voor gekozen dat de regiebehandelaar zowel de indicerende als de coördinerende rol vervult.

Klinisch:

Wanneer de verwijzing is goedgekeurd in het tweewekelijkse aanmeldoverleg, wordt een intakegesprek georganiseerd. Een regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het intakeproces en kan daarin samenwerken met andere behandelaren. Deze indicerende regiebehandelaar komt bij voorkeur vanuit de afdeling waar de behandeling het meest lijkt te passen. In de intakevergadering besluit een multidisciplinair team in aanwezigheid van de regiebehandelaar en tenminste een klinisch (neuro)psycholoog en/of psychiater op basis van alle gegevens of een (klinische) behandeling zinvol en passend lijkt en op welke afdeling de vraag het beste past en geeft dit zo spoedig mogelijk na het overleg door aan de verwijzer en patiënt per e-mail en brief. De plaatsingscoördinator spreekt met de verwijzer af op welke wijze en hoe frequent de actuele wachttijd worden doorgegeven. De verwijzer geeft deze informatie door aan de patiënt. De plaatsingscoördinator blijft het aanspreekpunt voor de verwijzer en patiënt.

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):

Ambulant:

Bij punt 15 is al beschreven hoe de indicatiestelling en het vormgeven van het initiële behandelplan voor de voorbereidende behandelfase en het behandelplan voor de behandelfase tot stand komt. Het meer omvattende tweede behandelplan wordt door de regiebehandelaar, al dan niet in samenwerking met de andere behandelaren, opgesteld in overleg met de cliënt en eventueel diens wettelijk vertegenwoordiger of (bij toestemming) de partner of andere relevante familieleden. Binnen twaalf weken na de intake en het bespreken van het initiële behandelplan wordt het tweede behandelplan besproken in een multidisciplinair overleg waaraan in ieder geval de regiebehandelaar en minimaal een klinisch (neuro)psycholoog en/of psychiater en/of psychotherapeut deelnemen. De diagnose wordt vastgesteld, evenals de behandeldoelen en het geïndiceerde behandelaanbod. De regiebehandelaar bespreekt vervolgens de diagnose, de doelen van de behandeling en de passende (en noodzakelijke) interventies met de cliënt. Tevens geeft de regiebehandelaar aan wie de

geadviseerde behandeling gaat uitvoeren. De uitvoering gebeurt door de regiebehandelaar en/of (groten)deels door medebehandela(a)ren die verbonden is/zijn aan een zorglijn of afdeling met een behandelprogramma dat het meest past bij de problematiek van de cliënt. Als de behandeling in een andere zorglijn gaat plaatsvinden, kan er een andere regiebehandelaar aangewezen worden. Er wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met eventuele voorkeuren van de cliënt. De cliënt kan het geheel, gedeeltelijk of niet met het behandelplan eens zijn. Dit wordt genoteerd in het EPD en het behandelplan kan alleen voor die delen waar men het mee eens is, worden uitgevoerd. Echter, aangezien het om een forensische doelgroep gaat, worden cliënten blijvend gemotiveerd om te werken aan de behandeldoelen die nodig zijn voor het realiseren van meer veiligheid en het verminderen van de aanwezige risicofactoren en kunnen onderdelen van het behandelplan een voorwaarde zijn om de behandeling te laten slagen. Waar er sprake is van een dwingend, dan wel 'dringend' juridisch kader, kan over de inzet die de cliënt aan de dag legt ten aanzien van zijn behandeling, de verwijzer geïnformeerd worden.

Klinisch:

In de eerste dagen na de opname wordt een initieel behandelplan en een observatieprogramma opgesteld, voor zover dit kan in samenspraak met de patiënt. Het plan en programma zijn de verantwoordelijkheid van de indicierend regiebehandelaar en worden besproken in de kliniekbrede stafbespreking (in de functie van een multidisciplinair overleg). Vervolgens loopt de observatieperiode voor een duur van drie maanden, waarin de risicotaxatie en nadere diagnostiek plaatsvinden. Vervolgens zijn er besprekingen in het diagnostiekteam, behandelteam en wederom de kliniekstaf, waarna een behandelplan tot stand komt dat richting geeft aan de behandeling en overige zorg gedurende de volgende periode van de opname. Ook in de kliniek wordt gestreefd naar 'shared decision making', maar veel klinische trajecten vinden in een dwingend juridisch kader plaats, wat betekent dat het behandelplan doelen kan omvatten waartegen de patiënt zich verzet. Vrijheidsbeperkende interventies worden of zijn, indien de Wvggz het leidende kader is, vastgelegd in een zorgplan.

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):

Het aanspreekpunt voor de cliënt/patiënt tijdens de behandeling is de regiebehandelaar, tenzij de cliënt/patiënt liever contact onderhoud met een medebehandelaar. De regiebehandelaar, die bij voorkeur zowel de indicerende, als coördinerende rol vervult, zorgt ervoor dat het behandelplan inhoudelijk besproken wordt en vervolgens wordt uitgevoerd zoals besproken. Delen van de behandeling kunnen worden uitgevoerd door de medebehandelaren, bijvoorbeeld als het gaat om de inzet van de specifieke modules van een zorgprogramma, relatietherapie, farmacotherapie, psychomotorische therapie of trauma- of groepsbehandeling. De regiebehandelaar en de medebehandelaren houden in dat geval contact over de vorderingen en eventuele zorgen. Zodra er aanpassingen nodig zijn in het behandelplan (bijvoorbeeld tijdens evaluaties) of als er sprake is van crisissituaties of complexe vraagstukken gericht op de behandeling, wordt dit in een multidisciplinair team besproken, in aanwezigheid van de medebehandelaren en in ieder geval een klinisch (neuro)psycholoog en/of psychiater.

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

Elke zes maanden worden de risicotaxatie- en de ROM-instrumenten -zowel regulier als zorgprogramma-specifiek- afgenomen. De uitkomsten hiervan vormen de input voor het halfjaarlijkse evaluatiegesprek met de cliënt, in aanwezigheid van de coördinerend regiebehandelaar. Minstens éénmaal per jaar wordt het behandelplan geëvalueerd en, indien nodig, aangepast door de coördinerend regiebehandelaar, in overleg met de cliënt en het multidisciplinair overleg van de zorglijn.

Klinisch:

De ROM-instrumenten, met name de risicotaxatie, worden elk half jaar en bij de afronding van de

behandeling afgenomen. Het behandelplan wordt tenminste jaarlijks herzien door de indicierend regiebehandelaar, waarbij zowel het behandelteam als de kliniekstaf als het multidisciplinair overleg dienen. Overigens vindt er, voor zover van toepassing, een evaluatie plaats van de ingezette verplichte zorg in het kader van de Wvggz of de dwangbehandeling in het kader van de Bvt conform de wettelijke kaders en aanvullende beleidsdocumenten (zoals het Beleidsplan Verplichte Zorg).

16d. Binnen Stichting De Forensische Zorgspecialisten 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):

Ambulant:

Synchroon met de halfjaarlijkse evaluatie op basis van de ROM-meting, wordt bij een ambulante behandeling minimaal elk half jaar het behandelplan geëvalueerd in aanwezigheid van de indicierend en coördinerend regiebehandelaar (deze rollen worden veelal door dezelfde persoon uitgevoerd) en de betrokken medebehandelaren. Indien mogelijk en nodig eveneens in de aanwezigheid van de wettelijk vertegenwoordiger, een partner of familielid en de verwijzer. De doelen en inzet van de interventies om die doelen te bereiken, worden indien nodig aangepast in overleg met de cliënt.

Klinisch:

Het behandelplan en de ingezette verplichte zorg of dwangbehandeling worden in een regelmatige driemaandelijke cyclus geëvalueerd met de (coördinerend en indicierend) regiebehandelaar, en indien passend of nodig de wettelijk vertegenwoordiger, een partner of familielid en de verwijzer. De doelen en inzet van de interventies om die doelen te bereiken worden indien nodig aangepast in overleg met de patiënt. Het behandelplan wordt minstens jaarlijks aangepast.

Soms is er naast een (poli)klinische behandeling nog een andere externe behandeling of begeleiding nodig en dan wordt met de cliënt/patiënt afgesproken wie die andere behandeling of begeleiding kan bieden en hoe er overlegd wordt tussen de behandelaren.

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

De CQi (Client Questionnaire index) wordt halfjaarlijks aangeboden aan alle ambulante cliënten en als de behandeling is afgerond. Eénmaal per jaar worden de resultaten geëvalueerd en volgen er aanpassingen in de organisatie of uitvoering van de zorg als blijkt dat er verbeteringen nodig zijn. Ook wordt de tevredenheid na afronding van de behandeling getoetst met zorglijn specifieke evaluatieformulieren.

De klinische patiënten worden eens in de twee jaar gevraagd mee te werken aan een patiënttevredenheidsonderzoek dat ook gestoeld is op de CQi. Daarnaast is er een frequent overleg tussen de kliniekraad (Van der Hoeven Kliniek), dan wel de cliëntenraad (Voorde en Wierde) en stafleden/de directie waarin, naast de formele medezeggenschapstaken, ook ruimte is voor het bespreken van het leef- en behandelklimaat.

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):

Ambulant:

De beëindiging van de ambulante zorg is bij voorkeur in overeenstemming met de wensen van de cliënt. Indien de doelen zijn behaald, wordt de cliënt terugverwezen naar de oorspronkelijke verwijzer die, indien de cliënt hiervoor toestemming verleent, geïnformeerd wordt in een afsluitbrief en soms een afrondend gesprek. Bij een advies voor doorverwijzing (wanneer er nog andere behandeling of begeleiding nodig is) gebeurt dit (schriftelijk en telefonisch) in overleg met de cliënt en de oorspronkelijke verwijzer.

Klinisch:

Bij de beëindiging van de klinische behandeling worden de patiënt en verwijzer ruim van tevoren (6-12 weken) geïnformeerd. Indien de doelen zijn behaald, wordt de patiënt terugverwezen naar de oorspronkelijke verwijzer, liefst naar een minder intensieve behandelvorm.

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

Voor de ambulante cliënten geldt dat zij zich opnieuw kunnen aanmelden via een verwijzer. Voor de kliniek loopt dit proces van heraanmelding via de vervolginstelling. De kliniek stelt zich schriftelijk garant voor een heropname-mogelijkheid indien de vervolginstelling dit nodig acht.

IV. Ondertekening

Naam bestuurder van Stichting De Forensische Zorgspecialisten:

I. de Boer

Plaats:

Utrecht

Datum:

03-11-2025

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.