

## Kwaliteitsstatuut de Rooyse Wissel

*Dit kwaliteitsstatuut is een uitwerking van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (LKS), in elk geval voor zover van toepassing op de verzekerde zorg verstrekt binnen de Rooyse Wissel en voor zover de Rooyse Wissel hiervan niet gemotiveerd afwijkt, bijvoorbeeld door sporadisch gebruik te maken van de geboden 'pas toe of leg uit'-mogelijkheid<sup>1</sup> en door gedurende de looptijd van de 'Veldafspraak tijdelijke invulling Regiebehandelaren', deze veldafspraak te volgen. Dit Kwaliteitsstatuut geldt, voor zover in lijn met forensische kaders, ook voor de overige (forensische) zorg die geleverd wordt binnen de Rooyse Wissel.*

### I. Algemene informatie

- **Gegevens ggz-aanbieder**

*[Naam instelling zoals bekend bij KvK]* Stichting Forensisch Psychiatrisch Centrum De Rooyse Wissel

*[Hoofd adres]* Wanssumseweg 12a, 5807 EA Oostrum

*[Contactgegevens]* Wanssumseweg 12a, 5807 EA Oostrum

*[Website]* <https://www.derooysewissel.nl/>

*[KvK]* 41064747

*[AGB-code(s)]* 73733009

- **Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt:**

*[Naam]* J.H.M. van Dun, directiesecretaris

*[Emailadres]* YvanDun@derooysewissel.nl

*[Telefoonnummer]* 0478635206

- **Onze locaties vindt u hier:**

[www.derooysewissel.nl](http://www.derooysewissel.nl)

#### Locaties Cluster Ambulant behandelen

Blerick: Van Bornestraat1, 5921XT

Helmond: Smalstraat 2, 5701NX

Maastricht: Heerderweg 25, 6224LA

Roermond: Laurentiusplein 10, 6043CS

#### Locaties Cluster wonen en begeleiden

De Vliet: de Hulst 12, 5807 EW, Venray

De Schakel Oostrum: Wanssumseweg 14, 5807 EA, Oostrum

De Schakel Sittard: Rijksweg-Zuid 31-33, 6131 AL, Sittard

FPA/FTU: D' n Herk 5, 5802 DM Venray

#### Locatie Cluster Klinisch behandelen (FPC, FHIC en FPK)

Wanssumseweg 12a, 5807 EA Oostrum

---

<sup>1</sup> Zie Q&A vraag 3.5 op <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/veelgestelde-vragen-over-invoering-landelijk-kwaliteitsstatuut-ggz.pdf>

#### 4. Beschrijving aandachtsgebieden/zorgaanbod

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

Als aanbieder van forensische zorg, bedient de Rooyse Wissel bijna de hele forensische keten. Van klinisch behandelen, ambulante behandelen tot begeleid wonen. Het zorgaanbod is gericht op volwassenen die baat kunnen hebben bij multidisciplinaire klinische, ambulante en outreachende zorg, begeleiding en/of behandeling. Doel hiervan is de problematiek te verminderen, de maatschappij veiliger te maken en patiënten (waarmee ook cliënten worden bedoeld) (zoveel mogelijk) de controle terug te geven over hun gedrag en leven.

De behandeling vindt plaats in klinische centra (in een FPC, FPK, FPA en FHIC), op één van de locaties van Cluster Ambulant behandelen, bij de patiënt thuis of online. Het betreft patiënten die tbs (met dwangverpleging of voorwaarden) of andere (voorwaardelijke) strafrechtelijke titels dan wel een zorgmachtiging of crisismaatregel kregen opgelegd. Vrijwillige behandeling komt ook voor. De visie op behandeling is in alle gevallen dezelfde. De Rooyse Wissel onderzoekt wat de factoren zijn die het ernstige probleemgedrag en/of het delict hebben veroorzaakt en hoe we die factoren op dusdanige wijze kunnen beïnvloeden dat het risico maatschappelijk aanvaardbaar wordt. De Rooyse Wissel werkt daarbij met evidence based behandelingen waaronder schematherapie, systeemtherapie, psychotherapie, cognitieve gedragstherapie, agressieregulatie therapie, traumabehandeling, behandelingen gericht op het behandelen van seksuele delicten en farmacotherapie. Tevens zijn ervaringsdeskundigheid en zelfregie onderdeel van het (ambulante) aanbod.

Onze drijfveer is de kwaliteit en samenhang van zorg verbeteren. Daarom werken we ook (in het overkoepelende VIGO-verband) nauw samen met universiteiten en kennisinstututen, leiden we op voor de zorg van morgen en investeren we veel in onderzoek en de ontwikkeling van nieuwe (toenemend ook digitale) zorgconcepten. We delen onze ervaringen in (interne) lerende netwerken en met andere partners in het veld (kwaliteitsnetwerken FPC, FPK en FPA, maar ook aanbieders van wonen, ZVHH e.d.). Zo blijven we ook in de toekomst resultaatgericht behandelen en gepaste zorg leveren in het belang van de maatschappij en de patiënt.

4b. Patiënten/cliënten met de volgende hoofddiagnose(s) kunnen in de RW terecht

(X=gaat op voor de RW o= geen hoofddiagnose in de RW):

- Alle hoofddiagnoses
- X. Aandachtstekort- en gedrag
- X. Pervasief
- X. Overige kindertijd
- Delirium, dementie en overig
- X Alcohol
- X. Overige aan een middel
- X. Schizofrenie
- X. Depressie
- X. Bipolair en overig

- X. Angst
- X. Restgroep diagnoses
  - X. Dissociatieve stoornissen
  - X. Genderidentiteitsstoornissen
  - X. Psychische stoornissen door een somatische aandoening
  - X. Seksuele problemen
    - o Slaapstoornissen
- X. Persoonlijkheid
- X. Somatoform
  - o Eetstoornis

4c. Biedt uw organisatie hoogspecialistische ggz (3<sup>e</sup> lijns ggz)?

X. Nee

O Ja, wij hebben een (TOPGGZ) afdeling hoogspecialistische ggz voor

- o Aandachtstekort- en gedrag
- o Pervasief
- o Overige kindertijd
- o Delirium, dementie en overig
- o Alcohol
- o Overige aan een middel
- o Schizofrenie
- o Depressie
- o Bipolair en overig
- o Angst
- o Restgroep diagnoses
  - o Dissociatieve stoornissen
  - o Genderidentiteitsstoornissen
  - o Psychische stoornissen door een somatische aandoening
  - o Seksuele problemen
  - o Slaapstoornissen
- o Persoonlijkheid
- o Somatoform
- o Eetstoornis
- o Anders, namelijk...

4d. Heeft u nog overige specialismen:  
(optioneel, meerdere antwoorden mogelijk)

X Dubbele diagnose (aanbod specifiek gericht op behandeling van een psychische stoornis i.c.m. bijvoorbeeld een verslaving, maar andere comorbiteiten worden evenzeer behandeld binnen de Rooyse Wissel)

X Forensische Zorg

X PTSS

X Licht verstandelijke beperking

## 5. Beschrijving professioneel netwerk<sup>2</sup>:

Samenwerking met andere instellingen is essentieel. Samen kunnen we de kwaliteit van onze behandeling verbeteren en zorgen voor een aaneengesloten zorgketen. De Rooyse wissel werkt ten behoeve van de zorg aan en behandeling van patiënten samen met verschillende partners. Hieronder volgen de voornaamste samenwerkingsverbanden:

- **TBS Nederland (<https://www.tbsnederland.nl/samenwerking/>)**  
Het uitwisselen van kennis en ervaring moet leiden tot een continue verbetering van behandelmethoden en risicotaxatie-instrumenten. Daarnaast moet (regionale) samenwerking de doorstroom van patiënten naar andere (ggz-)instellingen bevorderen.

(Vervolg-)instellingen voor geestelijke gezondheidszorg;

- **Vincent van Gogh instituut, Stationsweg 46, 5803 AC Venray ([www.vvgi.nl](http://www.vvgi.nl)).**  
De samenwerking richt zich op de FPA en FTU. De samenwerking zorgt voor betere ketensamenwerking, minder wachttijd en een betere overdracht tussen de reguliere en de forensische zorg. Ook draagt de samenwerking bij aan een meer eenduidige aanpak van de behandeling van een patiënt. De RW is penvoerder in deze samenwerking.
- **STEVI (onderdeel van Dichterbij), Zwerfheide 2, 6591 RC Gennep ([www.dichterbij.nl](http://www.dichterbij.nl))**  
'De Schakel' bestaat dankzij een samenwerking tussen de Rooyse Wissel en de verstandelijk gehandicaptenzorg SGLVG STEVI (onderdeel van Dichterbij). Door deze samenwerking en binnen de locaties van de Schakel komt de expertise en kennis van beide organisaties samen. Dat leidt tot betere begeleiding en/of behandeling van cliënten met een complexe psychiatrische, forensische problematiek en de aanwezige beperkingen intellectueel gezien. De Rooyse Wissel is penvoerder en derhalve eindverantwoordelijk voor de Schakel en de daar verblijvende cliënten.
- **Het periodiek regio-overleg**  
De Wvvgz zet de geneesheer-directeuren (GD's) van de zorgaanbieders in de regio aan tot het voeren van een regionaal periodiek overleg met officieren van justitie, Colleges van Burgemeester en Wethouders, de politie en/of overige ketenpartners in de zorg. De GD's van de Rooyse Wissel sluiten aan bij het periodiek Wvvgz regio-overleg in Limburg Midden-Noord (M.N.) en Limburg Zuid. Bij het regio-overleg Limburg M.N. sluiten in elk geval de volgende zorgaanbieders aan; Vincent van Gogh, METGGZ, Laurentius ziekenhuis (PAAZ). Bij het regio overleg Limburg Zuid sluiten naast de Rooyse wissel de volgende zorgaanbieders aan: polikliniek Radix (Mondriaan GGZ), Laurentius ziekenhuis (PAAZ) en Vincent van Gogh.
- **Wvvgz-breed overleg**  
M.b.t. Wvvgz-zaken kan op afroep een Wvvgz breed overleg opgestart worden. Dit houdt in dat de deelnemers aan het eerder genoemde periodiek regio-overleg bijeenkomen,

---

<sup>2</sup> Professioneel netwerk gaat om andere zorgaanbieders met wie er structurele samenwerkingsafspraken bestaan in het kader van de behandeling. Voorbeelden van samenwerkingsverbanden waarin de instelling participeert is bv een regionaal netwerk jeugdzorg, veiligheidshuizen, etc.

aangevuld met zorgaanbieder GGZ Oost-Brabant en de zorg- en veiligheidshuizen uit de betreffende regio's.

- **Ketenveldnorm**

De Rooyse Wissel is coördinerend levensloopaanbieder en in samenwerking met Mondriaan en Stevig zijn onder andere Beveiligde Intensieve Zorg-bedden beschikbaar voor mensen met verward gedrag en een hoog veiligheidsrisico.

Zorg- en Veiligheidshuizen;

Zorg- en Veiligheidshuizen pakken met gemeenten, justitiële partners en zorgpartners problemen aan op het gebied van criminaliteit, huiselijk geweld, kindermishandeling en radicalisering. De Rooyse Wissel draagt hier een steentje aan bij door haar samenwerking met de volgende Zorg- en Veiligheidshuizen:

- **Zorg- veiligheidshuis Midden Limburg Buitenop 8, 6041 LA, Roermond**  
(<https://www.zorgenveiligheidshuizen.nl/veiligheidshuizen/veiligheidshuis-midden-limburg-sub/contact-en-route>)
- **Zorg- en Veiligheidshuis Maastricht Heuvelland, Mosae Forum 10, 6211 DW, Maastricht**  
(<https://www.zorgenveiligheidshuizen.nl/veiligheidshuizen/veiligheidshuis-maastricht-heuvelland>)
- **Zorg- en Veiligheidshuis Westelijke mijnstreek, Geleenbeeklaan 2, 6166 GR Geleen**  
(<https://www.zorgenveiligheidshuizen.nl/veiligheidshuizen/veiligheidshuis-westelijke-mijnstreek/contact-en-route>)
- **Zorg- en Veiligheidshuis Parkstad, Markt 33, 6461 EC Kerkrade**  
(<https://www.zorgenveiligheidshuisparkstad.nl/>)
- **Zorg en Veiligheidshuis Brabant Zuid-Oost, Smalstraat 2, 5701 NX Helmond**  
(<https://www.zorgenveiligheidshuizen.nl/veiligheidshuizen/veiligheidshuis-brabant-zuidoost/contact>)

Instellingen die -al dan niet in onder-aanneming- (voortgezette woon)begeleiding bieden;

Deze lijst is niet limitatief bedoeld, maar behelst een overzicht ten tijde van het opstellen van dit document. Soms betreft het meerdere (doorstroom)plekken, soms een enkele plaats.

- **Zorggroep 't Achterhuis te Alteveer.**
- **GGZ NHN, Heiloo.**
- **Transfore, Deventer**
- **Fivoor, Rotterdam**
- **De Woenselse poort Eindhoven**

- Lister, Utrecht
- Reinier van Arkel, Vught,
- GGZ Oost-Brabant, Boekel
- Ribw Nijmegen & rivierenland.
- Pluryn, Kemnade, Nijmegen
- RIBW Overijssel Deventer.

## 6. Onze instelling biedt zorg aan in:

6a.

### X De generalistische basis ggz

De Rooyse Wissel volgt hierin de veldafspraken over tijdelijke invulling van het regiebehandelaarschap. Op grond daarvan kunnen in de generalistische basis ggz de beroepsbeoefenaren als regiebehandelaar optreden die worden vermeld in de betreffende opsomming voor GGZ-instellingen (sectie III, ZPM setting 2 en hoger).

Binnen de Rooyse Wissel zullen met name in de generalistische basis ggz (met name in de Schakel en Vliet) als regiebehandelaar optreden:

- de verpleegkundig specialist ggz,
- de gz-psycholoog,

### X De gespecialiseerde ggz

De Rooyse Wissel volgt hierin de veldafspraken over tijdelijke invulling van het regiebehandelaarschap. Op grond daarvan kunnen in de gespecialiseerde ggz de beroepsbeoefenaren als regiebehandelaar optreden die worden vermeld in de betreffende opsomming voor GGZ-instellingen (sectie III, ZPM setting 2 en hoger). In de opsomming worden ook enkele expertises genoemd die vooralsnog niet beschikbaar zijn binnen de Rooyse Wissel, maar mocht dat in de toekomst veranderen, dan zijn ze inzetbaar als regiebehandelaar.

Binnen de Rooyse Wissel kunnen in de gespecialiseerde ggz als regiebehandelaar optreden:

- de psychiater
- de klinisch psycholoog
- de verslavingsarts (wanneer de primaire diagnose verslaving is)
- de psychotherapeut
- de klinisch neuropsycholoog
- de gz-psycholoog,
- de verpleegkundig specialist ggz

## 6b. De Rooyse Wissel heeft aanbod in de categorieën van complexiteit van situatie:

Zodra de veldafspraken Tijdelijke Invulling Regiebehandelaren niet langer van toepassing is en ook de complexiteitscategorieën hun intrede doen binnen de Rooyse Wissel, zal de Rooyse Wissel in sommige gevallen (en vanwege onderstaande motivatie) afwijken van de

bijpassende beroepentabel voor regiebehandelaren uit het LKS. Dit zal alleen aan de orde zijn als:

1. de kwaliteit van zorg (waaronder continuïteit van zorg(coördinatie)) geborgd kan worden en
2. er meer spoedig dan met enkel gebruikmaking van een beperkter aantal schaarse beroepsgroepen zorg voor onze patiënten te realiseren is en
3. de afwijkingen van het LKS niet strijdig zijn met (hogere) wettelijke kaders (denk aan de Wet BIG) en andere vakmatige kader stellende (GMAP)standaarden.

Dergelijke (sporadische) afwijkingen van het LKS zullen hieronder met *cursieve tekst* inzichtelijk worden gemaakt. De hoofdregel blijft dus dat het LKS voor verzekerde zorg leidend is, tenzij genoemde uitzonderingssituaties de Rooyse Wissel nopen tot inzet van andere deskundige en bekwame (indicerende en/of coördinerende) regiebehandelaren.

Overigens geldt ook dat in de opsomming enkele expertises genoemd worden die vooralsnog niet beschikbaar zijn binnen de Rooyse Wissel, maar mocht dat in de toekomst veranderen, dan zijn ze inzetbaar als regiebehandelaar.

### **X Categorie A**

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als **indicerend regiebehandelaar** optreden:

- Verpleegkundig specialist ggz
- GZ-psycholoog
- Physician assistant

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als **coördinerend regiebehandelaar** optreden:

- Verpleegkundig specialist ggz
- GZ-psycholoog
- Physician assistant
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige

### **X Categorie B**

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als **indicerend regiebehandelaar** optreden:

- Psychiater
- Verpleegkundig specialist ggz
- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog
- Psychotherapeut
- Arts+KNMG verslavingsgeneeskunde
- *Gz-psycholoog*

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als **coördinerend regiebehandelaar** optreden:

- Psychiater

- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog
- Verpleegkundig specialist ggz
- GZ-psycholoog
- Physician assistant
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige

### **X Categorie C**

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als **indicerend regiebehandelaar** optreden:

- Psychiater
- *Verpleegkundig specialist ggz*
- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog
- *Gz-psycholoog*
- *Psychotherapeut*
- *Arts+KNMG verslavingsgeneeskunde*

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als **coördinerend regiebehandelaar** optreden:

- Psychiater
- Verpleegkundig specialist ggz
- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog
- Psychotherapeut
- Arts+KNMG verslavingsgeneeskunde
- *Gz-psycholoog*

### **X Categorie D**

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als **indicerend regiebehandelaar** optreden:

- Psychiater
- *Verpleegkundig specialist ggz*
- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog
- *Gz-psycholoog*
- *Psychotherapeut*
- *Arts+KNMG verslavingsgeneeskunde*

Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als **coördinerend regiebehandelaar** optreden:

- Psychiater
- Verpleegkundig specialist ggz
- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog
- *Psychotherapeut*
- *Arts+KNMG verslavingsgeneeskunde*



- *Gz-psycholoog*

## **7. Structurele samenwerkingspartners**

De Rooyse Wissel werkt ten behoeve van de behandeling en begeleiding van patiënten samen met:

- Beschrijf de functie van het samenwerkingsverband en wie daarin participeren:

Naast de samenwerkingspartners zoals weergegeven bij de beantwoording van vraag 5, wordt t.b.v. de behandeling en begeleiding van patiënten ook samengewerkt met maatschappelijke partners als:

### **Woningcorporaties**

Voor de huisvesting van de cliënten werken we samen met woningcorporaties. Zo zijn er ondermeer samenwerkingsafspraken met bijvoorbeeld 'Wonen Limburg' e.a.

### **Wijkagenten**

Bij de resocialisatie van cliënten in de vrije maatschappij wordt contact opgenomen met de wijkagent. De wijkagent komt kennismaken met de cliënt. De wijkagent wordt ook benaderd mocht er een onveilige situatie zijn, zodat gezamenlijk opgetrokken kan worden in deze situatie.

## **3RO**

Een cliënt wordt wanneer aangewezen bij een reclasseringsorganisatie ondergebracht die hem of haar de meeste meerwaarde kan bieden. Hierbij staat de hoofdproblematiek van de cliënt centraal. Is er sprake van problematisch gedrag in relatie tot een verslaving, dan wordt de cliënt toebedeeld aan de SVG. Het Leger des Heils verleent hulp aan dak- en thuislozen en voor de overige patiënten is Reclassering Nederland de aangewezen partij.

## **Stichting PVP**

De Rooyse Wissel werkt samen met Stichting PVP zodat patiënten o.a. professionele ondersteuning kunnen krijgen bij de handhaving van hun rechten.

## **Landelijke Stichting FVP**

De Rooyse Wissel werkt samen met Stichting FVP zodat naast van onze patiënten ondersteuning en advies kunnen krijgen bij vragen, klachten of problemen die ervaren worden in het zorgtraject.

## **8. Lerend netwerk**

De Rooyse Wissel geeft op de volgende manier invulling aan het lerend netwerk van indicierend en coördinerend regiebehandelaren: [open tekstveld]

Naast dat regiebehandelaren op systematische wijze op hun handelen (al dan niet monodisciplinair) reflecteren via (schematherapie)interviews, intercollegiale toetsing, (bij)scholing, het volgen van congressen en dergelijke leermomenten, zijn binnen de Rooyse Wissel multidisciplinair gevormde Lerende Netwerken ingericht. Dit is geregeld binnen bestaande overlegstructuren die tenminste tweemaal per jaar (in)gericht worden op deelname van alle (indicerende en coördinerende) regiebehandelaren.

Binnen het cluster Ambulante behandeling wordt hiervoor het multidisciplinaire RB-overleg benut dat elke 6 weken plaatsheeft.

Binnen het cluster Wonen en begeleiden sluit een psychiater twee keer per jaar aan bij het maandelijkse 'clusteroverleg behandelaren W&B' om de regiebehandelaren van dit cluster van en met elkaar te laten leren.

Binnen het cluster Klinische behandeling wordt de reguliere tweewekelijkse casuïstiekbespreking, tweemaal per jaar geschikt gemaakt voor een lerende netwerk.

Binnen alle clusters zullen naar bevind van zaken (vaste of wisselende) groepen geformeerd worden, bestaande uit tenminste 5 regiebehandelaren uit 2 verschillende disciplines en aandacht worden besteed aan het met elkaar leren en verbeteren van het handelen van betreffende regiebehandelaren. Nadrukkelijk staat in deze sessies niet de behandeling van 1 of meer patiënten centraal. Jaarlijks worden deze lerende netwerken ingepland.

## II Organisatie van de zorg

### 9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

De Rooyse Wissel ziet er als volgt op toe dat:

**-zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn:**

De Rooyse Wissel werkt met vastgestelde functieprofielen waarin duidelijke functie-eisen zijn opgenomen. Medewerkers moeten aan deze functie-eisen voldoen. De bevoegd- en bekwaamheid van medewerkers wordt daarnaast, voorafgaand aan de indiensttreding, getoetst door onder andere het controleren van diploma's, het checken van referenties en het nagaan van de inschrijving in het BIG-register (of andere registers indien aangewezen).

Gedurende het dienstverband wordt de BIG-registratie van iedere BIG-geregistreerde medewerker tevens periodiek gecontroleerd. Voorts vinden er jaargesprekken plaats tussen iedere medewerker en zijn/haar leidinggevende en is er ruimte voor intervisie, supervisie en coaching.

**-zorgverleners volgens kwaliteitsstandaarden, zorgstandaarden en richtlijnen handelen:**

De Rooyse Wissel werkt volgens de richtlijnen van de beroepsgroepen, aangevuld met best practices en richtlijnen in ontwikkeling. Met betrekking tot veiligheidskaders (niet zorggerelateerd) wordt gehandeld conform de richtlijnen van ForZo/JJI (Ministerie van Justitie en Veiligheid). Voor de zorgpaden worden de (landelijke) zorgstandaarden en richtlijnen gevolgd.

**-zorgverleners hun deskundigheid op peil houden:**

De Rooyse Wissel verwacht van haar medewerkers dat zij hun kennis bijhouden en open staan voor vernieuwingen en ontwikkelingen binnen hun vakgebied. De Rooyse Wissel stelt haar medewerkers in staat om hun kennis en kunde op peil te houden door het volgen van periodieke bij- en nascholing (dankzij beschikkingsbijdragen, het scholingsbudget, het AMS, een abonnement op Psyflix en toegang tot GGZ Ecademy). Bij- en nascholing vindt plaats op eigen initiatief van de medewerker, diens leidinggevende of de organisatie of o.b.v. eisen

vanuit de beroepsregistratie en/of de BIG-registratie en/of ontwikkelingen in de organisatie en/of ontwikkelingen op het gebied van wet- en regelgeving. Bij- en nascholing vindt plaats bij gecertificeerde en erkende opleidingsinstituten. M.b.t. de Lerende Netwerken vindt deskundigheidsbevordering binnen de Rooyse Wissel plaats.

## 10. Samenwerking

- Samenwerking binnen uw organisatie is vastgelegd en geborgd in het professioneel statuut:

Ja

- Binnen de Rooyse Wissel is het (multidisciplinair) overleg en de informatie-uitwisseling en -overdracht tussen (indicerend en coördinerend) regiebehandelaar en andere betrokken (mede)behandelaren als volgt geregeld:

### Cluster Klinisch behandelen:

Klinisch vinden de volgende overlegvormen plaats: Intake overleg, opnamebespreking, multidisciplinaire behandelplanbespreking en multidisciplinaire casuïstiekbespreking.

Bij het eerste inhoudelijke overleg zijn een psychiater, de regiebehandelaar (zodra de Veldafpraak Tijdelijke Invulling RB niet langer geldt of gevolgd kan worden, zal dit in elk geval de indicierend regiebehandelaar zijn), een basispsycholoog en eventueel andere medebehandelaars uit andere disciplines (zoals sociotherapeuten) aanwezig. Tijdens dit overleg wordt de diagnostiek, (de start van) het behandelplan en inpassing in het zorgprogramma besproken. De afspraken worden vastgelegd in het behandelplan van de patiënt.

Bij de behandelplanbespreking is het multidisciplinair behandelteam aanwezig. De Regiebehandelaar is de voorzitter van dit team (zodra de Veldafpraak Tijdelijke Invulling RB niet langer geldt of gevolgd kan worden, zal dit de coördinerend regiebehandelaar zijn). Tijdens de behandelplanbespreking wordt de voorgaande periode geëvalueerd en worden afspraken gemaakt voor de aankomende periode. De (coördinerend) regiebehandelaar bespreekt de behandelplanbespreking voor en na met de patiënt als deze niet aanwezig kan of wil zijn.

Multidisciplinaire casuïstiekbespreking vindt op indicatie plaats. Eens per twee weken wordt een casuïstiekbespreking gepland. Tijdens dit overleg, waarbij verschillende disciplines betrokken worden (waar nodig ook externe expertise), wordt ingezoomd op bijzondere casuïstiek. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan een bijzondere diagnostische vraagstelling of een vastgelopen behandeling.

In het elektronisch patiëntendossier (EPD) wordt altijd geregistreerd welke disciplines aanwezig zijn geweest bij voornoemde overlegvormen.

### Cluster Ambulant behandelen:

Binnen het Cluster Ambulante behandelen vinden cliëntbesprekingen plaats binnen een multidisciplinair team. Het gaat om Intakebespreking, behandelplanevaluatie of actuele zaken met betrekking tot een casus.

Het multidisciplinaire team bestaat uit klinisch psycholoog (voorzitter), een psychiater en/of een verpleegkundig specialist, een GZ-psycholoog, een basispsycholoog en eventueel andere disciplines zoals een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), ambulant werker of ervaringsdeskundige. Het overleg wordt geleid door de klinisch psycholoog of psychiater (specialist). Tijdens dit overleg wordt het behandelplan of een behandelevaaluatie (allebei ( inclusief diagnostiek, risicofactoren en behandeldoelen) besproken en vastgelegd. De afspraken worden vastgelegd in een behandelplan of behandelevaaluatie en in het epd.

Bij de behandelplanbespreking is het betrokken behandelteam, waaronder uiteraard de (coördinerend) regiebehandelaar aanwezig. Tijdens de behandelevaaluatie wordt de voorgaande periode geëvalueerd en worden afspraken voor de aankomende periode gemaakt. De (coördinerend) regiebehandelaar bespreekt de behandelplanbespreking voor en zo nodig ook na met de client. Actuele zaken kunnen ook in het mdo besproken worden. Het mdo vindt op wekelijkse basis plaats.

Multidisciplinaire casuïstiekbespreking vindt op indicatie plaats. Tijdens dit overleg, waarbij verschillende disciplines betrokken kunnen worden (waar nodig ook externe expertise), wordt ingezoomd op bijzondere casuïstiek. Hierbij kan gedacht worden aan bijzondere of extra complexe vraagstelling in een behandeling, een bijzondere diagnostische vraagstelling, een vastgelopen behandeling of een behandeling waarbij meerdere conflicterende belangen spelen.

In de For FACT teams vindt dagelijks multidisciplinair overleg plaats over de voortgang van de behandeling conform de FACT methodiek. De patiënten die in crisis verkeren worden dagelijks besproken. Periodiek worden alle patiënten van het For FACT team besproken.

In het elektronisch patiënten dossier (EPD) wordt altijd geregistreerd welke disciplines aanwezig zijn geweest bij voornoemde overlevormen.

#### **Cluster Wonen en begeleiden:**

Binnen Cluster wonen en begeleiden vinden de volgende overlevormen plaats: Intake overleg, behandelplanbespreking en multidisciplinaire casuïstiekbespreking.

Bij het intake overleg zijn de volgende beroepsgroepen aanwezig: een verpleegkundig specialist en/of GZ-psycholoog en/of verslavingsarts en/of psychotherapeut, een basispsycholoog en eventueel andere disciplines zoals een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) of ervaringsdeskundige aanwezig.

Het overleg wordt geleid door de regiebehandelaar (zodra de Veldafpraak Tijdelijke Invulling RB niet langer geldt of gevolgd kan worden, zal dit de indicierend regiebehandelaar zijn). Tijdens dit overleg wordt de diagnostiek, (de start van) het behandelplan en inpassing in het zorgprogramma besproken. De afspraken worden vastgelegd in het behandel- of begeleidingsplan.

Bij de behandelplanbespreking is het betrokken behandelteam, waaronder uiteraard de (coördinerend) regiebehandelaar aanwezig. Tijdens de behandelplanbespreking wordt

de voorgaande periode geëvalueerd en worden afspraken voor de aankomende periode gemaakt. De (coördinerend) regiebehandelaar bespreekt de behandelplanbespreking voor en na met de patiënt als deze niet aanwezig kan of wil zijn.

Een multidisciplinaire casuïstiekbespreking vindt op indicatie plaats. Tijdens dit overleg, waarbij verschillende disciplines betrokken kunnen worden (waar nodig ook externe expertise), wordt ingezoomd op bijzondere casuïstiek. Hierbij kan gedacht worden aan bijzondere of extra complexe vraagstelling in een behandeling, een bijzondere diagnostische vraagstelling, een vastgelopen behandeling of een behandeling waarbij meerdere conflicterende belangen spelen.

In het elektronisch patiënten dossier (EPD) wordt altijd geregistreerd welke disciplines aanwezig zijn geweest bij voornoemde overlegvormen.

**-De Rooyse Wissel hanteert de volgende procedure voor het op- en afschalen van de Klinisch behandelen:**

Op- en afschalen in de zorgverlening gebeurt binnen onze klinische centra in afstemming met de (indicerend) regiebehandelaar, de directie en/of de geneesheer-directeur en waar aangewezen de (mede behandelend) psychiater. De mate van ieders betrokkenheid is afhankelijk van de titel van de patiënt en waar hij is opgenomen.

Cluster Ambulante behandeling:

Er bestaan verschillende mogelijkheden voor het op- en afschalen van de behandelintensiteit. Zo is er de mogelijkheid van een crisisplaatsing in een klinische setting. Hiertoe zijn afspraken met de andere clusters binnen de RW, maar ook onder andere met instellingen als Stevig, Zuyderland, Mondriaan en Vincent van Gogh gemaakt voor de regio Limburg. Voor Helmond Peelland geldt dat we voor BIZ-bedden een beroep kunnen doen op de Woenselse Poort en voor crisisbedden op GGZ Oost Brabant.

Wanneer behandeling door het cluster Ambulant behandelen niet langer noodzakelijk is, wordt de patiënt terug verwezen naar de verwijzer of de huisarts. In de ontslagbrief wordt aangegeven wat er gedaan is en wanneer her-aanmelding zinvol of noodzakelijk wordt geacht. Beslissingen omtrent op- en afschaling worden genomen in een multidisciplinaire behandelplanbespreking of (voor de For FACT teams) in het dagelijkse FACT-bordoverleg.

Cluster Wonen en begeleiden

Wanneer een cliënt geplaatst wordt op de Schakel wordt binnen een periode van 2 tot 4 weken een eerste bespreking ingepland. Tijdens deze bespreking wordt gekeken naar huidige vrijheden, mogelijkheden voor uitbreiden verlot, eerste inschatting risico's en problematiek en intensiteit aan ondersteuningsbehoefte vanuit de eerste weken. In het behandelplan worden doelen gesteld voor de komende drie maanden. Elke drie maanden wordt het behandelplan en de daarin gestelde doelen geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Dit wordt gedaan samen met de betreffende samenwerkingspartners. Tijdens de evaluatie wordt stilgestaan bij risico's, vrijheden en uitstroomperspectief. Wanneer er geconcludeerd wordt dat er voldoende zicht is op de benodigde woonprothese (in de

breedste zin van het woord) wordt er gezocht naar een passende vervolgplek voor de cliënt in samenwerking met de samenwerkingspartners.

Binnen de Vliet wordt op drie verschillende niveaus begeleiding geboden; 24-uurs zorg, semi 24-uurs zorg en ambulante begeleiding. Waarbij de 24-uurs zorg de zwaarste mate van begeleiding kent en ambulante begeleiding de minst zware.

Binnen deze niveaus kan makkelijk af- en, indien nodig, opgeschaald worden in zwaarte van begeleiding. Dit geldt ook indien er sprake mocht zijn van een crisis (bij de 24-uurszorg is een crisiskamer).

-Binnen de Rooyse Wissel geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de volgende escalatieprocedure:

In het Multidisciplinair overleg is alle benodigde deskundigheid vertegenwoordigd. Het overleg is gericht op gezamenlijke besluitvorming (en dus overeenstemming). Bij verschil van mening of inzicht over de (analyse tot een) indicatie heeft primair de (indicerend) regiebehandelaar, de doorslaggevende stem. Bij verschil van mening over het verloop van het zorgproces is dat de (coördinerend) regiebehandelaar. Wanneer het verschil van inzicht een onderwerp betreft waarvoor een wettelijk verantwoordelijk specialist geraadpleegd dient te worden, heeft de verantwoordelijk specialist de doorslaggevende stem op dat domein.

Bij aanhoudend verschil van inzicht in het multidisciplinaire overleg (ongeacht het thema) verschil van inzicht tussen de (indicerend) regiebehandelaar en een wettelijk verantwoordelijk specialist wordt tijdig de adjunct-directeur Behandeling en Zorg geïnformeerd en betrokken bij de oplossing. Bij een verschil van mening over de behandeling in het kader van de Wvvgz, wordt de geneesheer-directeur in zo'n situatie ingeschakeld voor een oplossing.

## 11. Dossiervoering en omgang met patiëntgegevens

-Ik vraag om toestemming van de patiënt/cliënt bij het delen van gegevens met niet bij de behandeling betrokken professionals: *[invulveld ja/nee]*

ja

-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/nee]*

ja

-Ik gebruik de privacyverklaring als de patiënt/cliënt zijn diagnose niet kenbaar wil maken aan zijn zorgverzekeraar//NZa: *[ja/nee]*

ja

## 12. Klachten en geschillenregeling

- patiënten kunnen de klachtenregeling hier vinden:

<https://www.derooysewissel.nl/wp-content/uploads/2020/12/klachtenregeling-wkkgz-1-mei-2020-definitief-1.pdf>

- Patiënten kunnen met geschillen over de behandeling en begeleiding terecht bij de Geschillencommissie GGZ en de geschillenregeling is hier te vinden:

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

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

### 13. Wachtijd voor intake/problemanalyse en behandeling en begeleiding

Patiënten vinden informatie over wachttijden voor intake en behandeling en begeleiding via deze link (<https://www.derooysewissel.nl/ambulant-behandelen/over-ambulant-behandelen/wachttijden/>) en kunnen deze telefonisch opvragen

### 14. Aanmelding en intake/problemanalyse

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

#### Klinisch behandelen:

Voor behandeling in FPC de Rooyse Wissel is altijd een verwijzing nodig. De verwijzer is doorgaans het Ministerie van Justitie en Veiligheid. De verwijzer meldt de patiënt aan bij de opnamecoördinator. De opnamecoördinator voert een intakegesprek, waarna er wordt overgegaan tot plaatsing. Ten aanzien van de afdeling waar en het zorgprogramma waarin de patiënt wordt geplaatst, vindt intern overleg plaats. Bij dit overleg is een (indicerend) regiebehandelaar aanwezig.

Voor behandeling in FPK de Rooyse Wissel is ook altijd een verwijzing nodig en de verwijzer is ook hier meestal het Ministerie van Justitie en Veiligheid. De verwijzer meldt de patiënt aan bij de opnamecoördinator. De opname wordt vervolgens multidisciplinair besproken door de opnamecoördinator, een psychiater, een manager behandelafdeling en een (indicerend) regiebehandelaar. Op indicatie vindt er een intakegesprek plaats, voordat er wordt overgegaan tot plaatsing.

#### Ambulant behandelen:

Voor ambulante behandeling is altijd een verwijzing nodig. Bij een vrijwillige behandeling is dat meestal de huisarts (via Zorgdomein). Bij een verplichte behandeling is dat doorgaans de reclassering. De verwijzer meldt de patiënt dan schriftelijk aan middels een verwijsbrief. Het is de verantwoordelijkheid van de verwijzer dat de patiënt een verwijzing heeft die voldoet aan de daarvoor opgestelde veldnormen. Voor patiënten met forensische titels gelden andere eisen, zij worden aangemeld via IFZO. Het secretariaat plaatst de patiënt op de wachtlijst voor

intake. Wanneer intake of behandeling niet binnen de gestelde treeknormen kan aanvangen, wordt de patiënt daarvan op de hoogte gesteld. De patiënt kan zich dan wenden tot zorgbemiddeling van de eigen zorgverzekeraar. Tot het moment dat de intake heeft plaatsgevonden blijft de verwijzer verantwoordelijk voor de patiënt.

Voorafgaand aan de intake voert de (indicerend) regiebehandelaar een pre-intake uit, welke bestaat uit dossierstudie. Wanneer aan de patiënt een passend zorgaanbod kan worden gedaan, wordt de patiënt uitgenodigd voor een intake. Het intakegesprek wordt geheel of gedeeltelijk gevoerd door de (indicerend) regiebehandelaar. Deze regiebehandelaar wordt het aanspreekpunt voor de patiënt, gedurende de intakefase. Daarnaast neemt een andere zorgverlener een ROM-vragenlijst af bij de patiënt.

### Wonen en begeleiden

Bij de Schakel ontvangt de plaatsingscoördinator een bericht over een nieuwe patiënt die een klinisch traject gevolgd heeft van de afdeling DIZ van het Ministerie van Justitie en Veiligheid. De reclassering verwijst overige patiënten middels een IFZO melding. De plaatsing coördinator onderhoudt het contact met de verwijzers en patiënten tijdens de intake fase. Een Regiebehandelaar wordt in deze fase aan patiënt gekoppeld.

Wanneer een verwijzer een patiënt wil aanmelden voor verblijf binnen de Vliet, dan kan dit via IFZO of via de plaatsingscommissie van De Rooyse Wissel. Na een eerste screening door de plaatsingscommissie wordt een intake gepland met de patiënt en verwijzer. Hierbij zijn het afdelingshoofd en ambulant sociotherapeut bij aanwezig. De basispsycholoog is betrokken bij de screening van het dossier.

Op basis van een intake, plaatsingsbesluit en aanvullende informatie wordt bekeken welke zorgzwaarte en welke woonplek voor de patiënt passend is. Plaatsing gebeurt rechtstreeks vanuit een open of gesloten behandelsetting of volgend op een detentieperiode of een geëscaleerde thuissituatie. Ook patiënten met een Wlz-indicatie volgend op een strafrechtelijke titel wordt een tijdelijke plek om te wonen met woonbegeleiding geboden.

- Binnen De Rooyse Wissel wordt de patiënt/cliënt doorverwezen naar een andere zorgaanbieder met een passend zorgaanbod of terugverwezen naar de verwijzer – indien mogelijk met een passend advies- indien De Rooyse Wissel geen passend aanbod heeft op de zorgvraag van de patiënt/cliënt:

ja

### **15. Indicatiestelling**

Beschrijf hoe de intake/probleemanalyse en indicatiestelling binnen de Rooyse Wissel is geregeld (*hoe komt de aanmelding binnen, hoe komt de afspraak met de patiënt/cliënt voor de intake tot stand, wie is in de intakefase de indicierend regiebehandelaar en hoe komt die beslissing tot stand (afstemming met patiënt/cliënt), waaruit bestaan de verantwoordelijkheden van de indicierend regiebehandelaar bij het stellen van de diagnose*):

#### Klinisch behandelen:

Reeds voor opname is er een diagnostisch beeld van de patiënt bekend. Vanaf het moment van opname wordt bepaald of deze diagnostiek wordt onderschreven of dat nader



diagnostisch onderzoek geïndiceerd is. Diagnostiek behelst niet alleen het doen van psychiatrisch en/of psychologisch onderzoek, maar ook het verrichten van klinische observatie. Voorafgaand aan de opnamebespreking zal vanuit de Therapeutische Dienst een start worden gemaakt met de screening van het dossier op diagnostiek en wordingsgeschiedenis. Zo spoedig mogelijk na opname volgt een kennismaking met de (indicerend) regiebehandelaar en de psychiater (als dat niet dezelfde functionaris betreft). De verantwoordelijkheden van de (indicerend) regiebehandelaar in deze fase zijn; probleemanalyse, indicatiestelling en reflectie daarop.

De Rooyse Wissel heeft als opdracht en doel om het delictgevaar tot maatschappelijk aanvaardbaar niveau terug te brengen, waardoor terugkeer of handhaving van de patiënt in de maatschappij (weer) mogelijk wordt. Van belang is de vraag hoe de patiënt, met diens psychiatrische problematiek, binnen bepaalde omstandigheden, is gekomen tot het betreffende delictgedrag. Het streven is om binnen drie maanden de basis uitgangspunten m.b.t. de delictdiagnostiek inclusief voorlopige delicttheorie vast te kunnen stellen. Naar aanleiding van diagnostisch onderzoek (diagnostiek, delicttheorie en risicotaxatie) vindt een terugkoppeling aan de patiënt plaats door (wanneer aangewezen, de diagnosticus in aanwezigheid van) de indicierend regiebehandelaar of de coördinerend regiebehandelaar.

#### Ambulant behandelen:

Na de intake vindt er overleg plaats tussen de (indicerend) regiebehandelaar en de zorgverlener die de intake hebben verricht. Na dit overleg wordt er een voorlopig behandelplan opgesteld, waarin voor zover mogelijk de wensen van de patiënt ten aanzien van de behandeling worden meegenomen. Dit voorlopig behandelplan en de intake gegevens worden besproken in een multidisciplinair overleg onder leiding van de (indicerend) regiebehandelaar. Indien het voorstel door het multidisciplinair overleg wordt overgenomen (of gezamenlijk wordt aangepast), bepaalt het multidisciplinair overleg welke professional de (coördinerend) regiebehandelaar van de patiënt zal zijn en vervolgens wordt de patiënt voor een adviesgesprek uitgenodigd. Tijdens dit adviesgesprek bespreekt de (coördinerend) regiebehandelaar welke voorlopige diagnose er voor de patiënt is gesteld, wat dit voor de patiënt betekent en welk voorlopig behandelplan er is vastgesteld. Het adviesgesprek is het sluitstuk van de intakefase. De verwijzer wordt (waar nodig na toestemming te hebben verkregen van de patiënt) schriftelijk geïnformeerd over het voorgestelde behandelplan. De diagnostische fase begint dus al tijdens de intake en loopt mogelijk door tot in de behandelfase. De diagnostiek die als hypothese in het behandelplan is geformuleerd, wordt regelmatig door de (coördinerend) regiebehandelaar getoetst. Bij aanpassingsvoorstellen wordt met de (indicerend) regiebehandelaar overlegd. De (indicerend) regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het (bij)stellen van een diagnose en laat deze toetsen in het multidisciplinair overleg. Op elk gewenst moment kan tijdens de intake- en behandelfase door de (indicerend) regiebehandelaar worden besloten om nader diagnostisch onderzoek te doen. Het is mogelijk dat delen van het diagnostisch proces door anderen dan de (indicerend) regiebehandelaar worden verricht, maar de regie daarop ligt bij de (indicerend) regiebehandelaar. Voor patiënten met een strafrechtelijke titel maken de delictanalyse en het delictscenario onderdeel uit van de diagnostische fase.

### Wonen en begeleiden

De opname- en plaatsingscoördinator draagt zorg voor de logistiek rond de in-, door- en uitstroom van de cliënt, zodat hij/zij op het juiste moment op de best passende plek verblijft. Dossier beoordeling wordt gedaan door de plaatsingscoördinator. Tevens wordt er een second opinion gevraagd bij een indicerend regiebehandelaar. Daarna zal de plaatsingscoördinator en indicerend of coördinerend regie behandelaar of namens deze een basis psycholoog een intakegesprek hebben met patiënt. Hieruit volgt een advies voor opname.

## **16. Behandeling en begeleiding**

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

### Klinisch behandelen

Binnen de FPK wordt ernaar gestreefd om binnen twee weken een voorlopig behandelplan op te stellen. Voor patiënten die in het FPC verblijven wordt uiterlijk drie maanden na opname door de (indicerend) regiebehandelaar een behandelplan opgesteld, op basis van de aangeleverde verslagen, diagnostiek en indicatievoorstellen van de verschillende disciplines. Binnen de FPA vindt zes weken na opname een eerste behandelplanbespreking plaats.

Het concept behandelplan wordt na de multidisciplinaire bespreking (ook wel: behandelplanbespreking) op basis van besluiten aangepast en vervolgens vastgesteld door de (indicerend) regiebehandelaar. De patiënt wordt (als zijn conditie dit toelaat) in de gelegenheid gesteld om bij (in ieder geval een deel van) deze bespreking aanwezig te zijn. Binnen de FPA wordt ook gezien of anderen aanwezig kunnen zijn zoals familie en direct betrokkenen van de cliënt, medewerkers van de reclassering en externe medewerkers van GGZ-instellingen of forensische psychiatrische centra. Bij de 1e bespreking wordt bepaald wie de coördinerend regiebehandelaar van cliënt wordt.

Via het EPD wordt de patiënt automatisch aangemeld voor de geïndiceerde modules vanuit het zorgprogramma.

Het behandelplan wordt in overeenstemming met de professionele standaard opgesteld. Het behandelplan bevat in ieder geval:

- De diagnose
- De doelen van de behandeling;
- De wijze waarop het multidisciplinaire team en de patiënt de doelen proberen te bereiken;
- Wie voor de verschillende onderdelen van de behandeling verantwoordelijk is;
- Korte en lange termijn prognose inclusief toegekende en beoogde vrijheden en daaraan gerelateerd tijdspad;
- De vanuit de delict diagnostiek gedestilleerde risicofactoren;
- De eigen mening van de patiënt.

Het vastgestelde behandelplan wordt waar mogelijk binnen twee weken door de (coördinerend) regiebehandelaar besproken met de patiënt, waarna de patiënt verzocht wordt om het plan te ondertekenen (voor akkoord of gezien). Afhankelijk van de mate van betrokkenheid van het netwerk van patiënt wordt het behandelplan ook besproken met het

netwerk. De patiënt is bepalend bij het bepalen van de mate waarin het netwerk betrokken wordt in de behandeling.

Binnen de Rooyse Wissel wordt het behandelplan, afhankelijk van de titel van de patiënt, twee keer per jaar of elke drie maanden geëvalueerd. De input vanuit de verschillende disciplines voor het multidisciplinaire overleg wordt voorafgaand aan het overleg met de patiënt besproken door de (coördinerend) regiebehandelaar en de patiënt wordt in de gelegenheid om hier vooraf op te kunnen reageren.

Het proces van uitvoering van de behandeling wordt middels de ROM, checklists en (HKT-R) risicotaxaties bewaakt, zodat een eventuele stagnatie vroegtijdig gesignaleerd kan worden. Wanneer de patiënt problemen ondervindt omtrent het gehele behandelproces wordt van hem verwacht dat hij zich in eerste instantie richt tot de (coördinerend) regiebehandelaar.

De (coördinerende) regiebehandelaar is de professional die het zorgproces coördineert en het eerste aanspreekpunt is voor de patiënt en/of zijn wettelijk vertegenwoordiger en/of het netwerk van patiënt.

#### Ambulant behandelen:

Na overleg met en (waar nodig) instemming van de patiënt en overeenstemming in het multidisciplinair overleg wordt een behandelplan vastgesteld door de (indicerend) regiebehandelaar. Het behandelplan wordt in overeenstemming met de professionele standaard opgesteld. Het behandelplan bevat in ieder geval:

- Holistische theorie en risicofactoren;
- De diagnose;
- De doelen van de behandeling;
- De wijze waarop de zorgverlener en de patiënt deze doelen proberen te bereiken;
- Wie er voor de verschillende onderdelen van de behandeling verantwoordelijk is (de medebehandelaren).

De behandel-evaluatie vindt minimaal eenmaal per jaar plaats in het multidisciplinair overleg. Daarnaast kan de (coördinerende) regiebehandelaar op elk gewenst moment een patiënt ter bespreking inbrengen voor zo'n overleg. Voorts kan de (coördinerende) regiebehandelaar op elk gewenst moment andere (interne) disciplines inschakelen, die bij de behandeling van de patiënt betrokken worden. De indicierend regiebehandelaar wordt bij alle belangrijke beslismomenten gedurende de lopende behandeling betrokken.

#### Wonen en begeleiden:

De indicierend regiebehandelaar maakt samen met de cliënt, de reclassering en het behandelteam een behandelplan waarin de doelen (gekoppeld aan de vastgestelde risicofactoren) voor het verblijf binnen de Schakel beschreven staat. De coördinerend regiebehandelaar heeft als taak om dit traject te coördineren waarbij er oog is voor de problematiek en individuele risicofactoren, inschatting risico's en bejegening passend bij het niveau en zelfstandigheid van de cliënt. Dit gebeurt in afstemming met de samenwerkingspartners.

Bij de Vliet is er geen sprake van behandeling alleen maar verblijf, dus is er ook geen regiebehandelaar gekoppeld aan een cliënt. Het begeleidingsplan wordt opgesteld voor alle cliënten met een strafrechtelijk kader. Bij aanvang van het verblijf bij de Vliet wordt de situatie van iedere cliënt in kaart gebracht en wordt er een begeleidingsplan opgesteld. Hierin worden persoonlijke afspraken en doelen van de cliënt vastgelegd en staat beschreven wie verantwoordelijk is voor het verblijf.

De doelen zijn voornamelijk gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid. Veel aandacht gaat uit naar het aanleren van vaardigheden, het zoeken en vinden van een passende dagbesteding en/of werk en het aangaan en onderhouden van sociale relaties. Specifieke aandacht is er voor het omgaan met verslaving.

Het verblijf bij de Vliet is gericht op het verminderen en beheersbaar maken van het delictgedrag en het bevorderen en vergroten van de zelfredzaamheid. De cliënten worden begeleid en getraind in het ontwikkelen van dagelijkse vaardigheden zoals het organiseren en doen van huishoudelijke taken, boodschappen doen en koken, de financiën (deels) organiseren en beheren en de persoonlijke verzorging. Daarnaast is er aandacht voor vaardigheden op het gebied van relaties, werk of dagbesteding. In het begeleidingsplan wordt beschreven welke belangrijkste risicofactoren er zijn en wordt gekeken naar het versterken van de aanwezige beschermende factoren.

**-Het centraal aanspreekpunt voor de patiënt/cliënt tijdens de behandeling is de coördinerend regiebehandelaar: *[beschrijving rol en taken coördinerend regiebehandelaar in relatie tot rol en taken medebehandelaars]***

De taken en verantwoordelijkheden van een coördinerend RB zijn centraal aanspreekpunt zijn en zorgdragen voor de coördinatie van het zorgproces (en reflectie daarop). De coördinatie richt zich ook op de medebehandelaren, die weliswaar binnen het kader van het behandelplan zelfstandig uitvoering geven aan delen van het behandelplan, maar dat onder regie van de coördinerend regiebehandelaar. De medebehandelaar blijft uiteraard wel verantwoordelijk voor het eigen handelen op het betreffende deel van het behandelplan en voorziet (waar aangewezen de indicierend en) de coördinerend regiebehandelaar regelmatig en op tijd van relevante informatie, zodat deze hun verantwoordelijkheden kunnen waarmaken. De medebehandelaar volgt aanwijzingen van de indicierend of coördinerend regiebehandelaar op, voor zover deze verenigbaar zijn met zijn eigen deskundige oordeel en meldt expliciet bij de indicierend of coördinerend regiebehandelaar als hij geen gevolg geeft aan diens aanwijzingen. De medebehandelaar sluit zijn deel van de behandeling en/of begeleiding af en maakt hiervan een aantekening in het dossier en stelt ook de coördinerend regiebehandelaar in kennis van de inhoud en resultaten daarvan.

De medebehandelaar in de GGZ handelt net als de indicierend en coördinerend regiebehandelaar in overeenstemming met de voor hem geldende professionele (wetenschappelijke) standaard. Hij voert zijn aandeel in de behandeling en begeleiding uit zoals vooraf vastgelegd in het individuele behandelplan, het zorgprogramma of zoals deze voortvloeien uit de wet- en regelgeving. Ieder van de (mede- of regie) behandelaren is gehouden zijn deskundigheid en bekwaamheid op peil te houden dan wel uit te breiden, zodanig dat hij voldoet aan de eisen die in redelijkheid aan hem als hulpverlener mogen worden gesteld. Intervisie en supervisie zijn hierbij essentiële instrumenten.

**-De voortgang van de behandeling en begeleiding wordt binnen [naam instelling] als volgt**

**gemonitord (zoals voortgangsbespreking behandelplan, evaluatie, vragenlijsten, ROM):**  
**[open tekstveld]**

De voortgang van de behandeling wordt gemonitord middels voortgangsbesprekingen, evaluaties, vragenlijsten en de ROM.

-Binnen [naam instelling] reflecteert de coördinerend regiebehandelaar samen met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling en begeleiding als volgt: **[toelichting op wijze van reflectie en frequentie]**

De regiebehandelaar evalueert samen met de patiënt en indien mogelijk zijn systeem, de doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling middels behandelbeoordelingen, evaluatiegesprekken en de ROM.

-De tevredenheid van patiënten/cliënten wordt binnen [naam instelling] op de volgende manier gemeten: **[wanneer, hoe]**

Ieder jaar vindt er een patiënt-tevredenheidsonderzoek plaats, aan de hand van vragenlijsten. Incidenteel worden er instrumenten ingezet aan de hand waarvan het contact tijdens een behandelsessie kan worden geëvalueerd.

## **17. Afsluiting/nazorg**

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

### Klinisch behandelen

De behandeling wordt afgesloten bij overplaatsing van de patiënt naar een andere instelling of wanneer de titel op basis waarvan de patiënt is opgenomen eindigt.

In geval van overplaatsing naar een andere instelling wordt gestreefd naar een 'warme overdracht', waarbij zoveel mogelijk disciplines van beide instellingen aanwezig zijn bij de overdrachtsbespreking. Voorts vindt er waar mogelijk dossier overdracht plaats. Informatie over de patiënt wordt enkel gedeeld wanneer daarvoor een wettelijke basis bestaat (bijvoorbeeld artikel 31 lid 2 Reglement verpleging ter beschikking gestelden) of wanneer de patiënt daarvoor expliciete toestemming heeft gegeven. Bij het delen van informatie wordt altijd rekening gehouden met wet- en regelgeving over privacy en het medisch beroepsgeheim.

Ten aanzien van patiënten aan wie TBS met dwangverpleging is opgelegd, kan de rechtbank besluiten de dwangverpleging voorwaardelijk te beëindigen. Daarmee wordt de klinische behandeling van de patiënt afgesloten. Vanaf dat moment ligt de verantwoordelijkheid voor het risicomanagement bij de reclassering. De Rooyse Wissel blijft dan via Forensisch Psychiatrisch Toezicht (FPT) op de achtergrond betrokken. De Rooyse Wissel heeft een consulterende taak en kan tijdens een crisisinterventie of time-out worden ingeschakeld om de patiënt tijdelijk op te nemen in de kliniek. Voor alle patiënten wordt een Forensisch Terugval Preventieplan (FTP) opgesteld. In dit plan is onder andere een procedure opgenomen die gevolgd moet worden in geval van crisis of een terugval.

### Wonen en begeleiden

Voor zover bovenstaande niet aan de orde is, geldt dat wanneer individuele risicofactoren voldoende zijn bewerkt en de beschermende factoren zijn versterkt, het gedragsbeeld voldoende stabiel is en er voldoende zicht is op de benodigde ondersteuning en begeleiding om stabiel functioneren voort te zetten, er gezocht wordt naar een vervolgplek waar het huidige risicomanagement kader zo goed mogelijk kan worden gecontinueerd.

### Ambulant behandelen:

Wanneer de gestelde behandeldoelen naar inzicht van de (coördinerende) regiebehandelaar en/of de patiënt zijn behaald, voeren de regiebehandelaar en de patiënt hier allereerst samen een gesprek over. Afhankelijk van de uitkomst van dit gesprek legt de (coördinerende) regiebehandelaar zijn visie en/of de visie van de patiënt voor aan het multidisciplinaire overleg, waar ook de indicierend RB bij aanwezig is, waarna er een besluit wordt genomen ten aanzien van het afsluiten van de behandeling.

In geval van afsluiting van de behandeling ontvangt de verwijzer een uitschrijfbrief. Indien er sprake is van een vervolgbehandelaar, hecht de Rooyse Wissel veel waarde aan een 'warme overdracht'. Aan de patiënt wordt hiertoe toestemming gevraagd voor het overdragen van informatie aan deze nieuwe behandelaar, tenzij daarvoor een wettelijke basis bestaat. Indien de patiënt toestemming geeft/ er sprake is van een wettelijke basis voor gegevensoverdracht, draagt de (coördinerende) regiebehandelaar zorg voor een schriftelijke en mondelinge overdracht aan de nieuwe regiebehandelaar. Hierbij houdt de (coördinerende) regiebehandelaar rekening met wet- en regelgeving over privacy en het medisch beroepsgeheim.

**Patiënten/cliënten of hun naasten kunnen als volgt handelen als er na afsluiting van de behandeling en begeleiding sprake is van crisis of terugval: *[open tekstveld]***

Er wordt een terugvalpreventieplan opgesteld met de patiënt. In dit plan is onder andere de procedure omtrent eventuele her-aanmelding, contact met de crisisdienst en contact met de huisarts opgenomen.

## IV.Ondertekening

Ik verklaar dat ik me houd aan de wettelijke kaders van mijn beroepsuitoefening, handel conform het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (inclusief pas toe en leg uit-beginsel) en dat ik dit Kwaliteitsstatuut naar waarheid heb ingevuld *[aanvink mogelijkheid]*

*[Ondertekening]:*

*[Plaats]:*

*[Datum]:*

Bij het openbaar maken van het Kwaliteitsstatuut voegt de ggz-instelling de volgende bijlagen op de registratiepagina van [www.GGZkwaliteitsstatuut.nl](http://www.GGZkwaliteitsstatuut.nl) toe:

- een afschrift/kopie van het binnen de instelling geldende kwaliteitscertificaat (HKZ/NIAZ/JCI of ander keurmerk);

Definitieve versie – juni 2022

- *De algemene leveringsvoorwaarden;*
- *Het binnen de instelling geldende professioneel statuut (zie bijlage 1).*

Kwaliteitsstatuut, inclusief bijlage 1 (professioneel statuut) vastgesteld in MT dd.: 20-06-2022