

Kwaliteitsstatuut Forensisch Psychiatrisch Instituut de Rooyse Wissel

Inleiding

Vanaf 1 januari 2017 zijn zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg (hierna: GGZ) verplicht om een kwaliteitsstatuut te hebben, zo ook Forensisch Psychiatrisch Instituut (hierna: FPI) de Rooyse Wissel. Een kwaliteitsstatuut maakt inzichtelijk hoe de zorgaanbieder zorgt dat de juiste hulp, op de juiste plaats, door de juiste zorgprofessionals binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk geleverd wordt.

Doel van dit kwaliteitsstatuut is allereerst het voor patiënten¹ inzichtelijk te maken hoe de Rooyse Wissel vorm en inhoud geeft aan kwaliteitsaspecten. Daarnaast dient het statuut als kader voor werkafspraken binnen de instelling en het professioneel netwerk. Tenslotte stelt het statuut financiers, toetsende en toezichthoudende instanties in de gelegenheid om zich een oordeel te vormen over de kwaliteit van zorg zoals die door FPI de Rooyse Wissel wordt geboden.

Onderstaande betreft het actuele en goedgekeurde kwaliteitsstatuut.

I. Algemene informatie over FPI de Rooyse Wissel

1. Gegevens GGZ-aanbieder:

FPI de Rooyse Wissel
Hoofd adres: Wanssumseweg 12a, 5807 EA Oostrum
Website: www.derooysewissel.nl
KVK nummer: 41064747
AGB-code: 73733009

2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt:

Y.H.M. van Dun, directiesecretaris
YvanDun@derooysewissel.nl
0478 635 206

3. Onze locaties vindt u hier:

<https://www.derooysewissel.nl/organisatie/>

4. Beschrijving zorgaanbod en professioneel netwerk

Zorgaanbod:

De Rooyse Wissel biedt forensische zorg op verschillende locaties. In het Forensisch Psychiatrisch Centrum (hierna: FPC) en de Forensisch Psychiatrische Kliniek (hierna: FPK) in Venray verplegen en behandelen we patiënten met ernstige psychiatrische problematieken. Doorgaans hebben deze patiënten een TBS-maatregel of een andere strafrechtelijke titel. Soms hebben zij een civielrechtelijke maatregel. Het doel van de behandeling is het risico op een (nieuw) ernstig delict te verminderen.

Via forensisch psychiatrische polikliniek (hierna: FPP) de Horst, leveren we ambulante behandeling aan de vaak moeilijk te bereiken patiënten met een complexe problematiek. Behandeling vindt plaats op de polikliniek of in de eigen omgeving van de patiënt, door één van de ForFACT-teams. Het forensisch hulpaanbod is gericht op alle leefgebieden.

In het Werkhuis kunnen mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt werkervaring opdoen, training volgen en ondersteuning krijgen om terug te keren op de arbeidsmarkt.

¹ Waar in dit statuut overal wordt gesproken over 'patiënten', wordt in de praktijk in de ambulante setting vaak gesproken over 'cliënten'.

Patiënten worden bij het Werkhuis aangemeld vanuit de (forensische) psychiatrie, de reclassering, het UWV of de gemeente.

In Forensisch RIBW de Schakel en Forensisch RIBW de Vliet verblijven patiënten met een complexe gedragsproblematiek. Door deze problematiek kunnen ze niet bij een reguliere instelling terecht. Forensisch RIBW de Schakel richt zich in het bijzonder op patiënten met een verstandelijke beperking.

Behandelvisie:

Klinisch:

In de kliniek behandelen we op de afdelingen van het FPC patiënten aan wie tbs met dwangverpleging is opgelegd, omdat zij in verband met het hoge risico op recidive intensieve behandeling in een hoog beveiligde omgeving nodig hebben. Daarnaast behandelen we in de FPK patiënten met andere titels die door de ernst van hun problematiek niet in een minder beveiligde instelling kunnen verblijven. De visie op behandeling is in beide gevallen dezelfde. Wij onderzoeken 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. Omdat wij een klinische behandeling bieden, ligt er een grote nadruk op het leefklimaat. Patiënten wonen in een leefgroep die zo goed mogelijk is afgestemd op hun behoeften en mogelijkheden. Dit zorgen voor een passend leefklimaat waarbinnen een juiste balans is gevonden tussen behandelen, beveiligen, het beheersen van risico's en het aansluiten van de behoeften van de patiënt is onze grootste uitdaging. Onze patiënten wonen op de behandelafdelingen met mensen die ze niet zelf hebben gekozen. Zij mogen van de sociotherapeuten veel expertise en volharding verwachten om in de leefgroep een goed behandelklimaat te onderhouden. Wij gaan ervan uit dat het gedrag van de patiënt in eerste instantie de functie heeft om het leven voor hem zelf leefbaar te houden; om de problemen die hij ervaart op te lossen. De gekozen oplossingen brengen soms echter weer nieuwe problemen met zich mee. Een voorbeeld van zo'n oplossing is middelengebruik met als doel om je even wat minder slecht te voelen. Het belangrijkste wat onze medewerkers te doen staat, is het winnen van vertrouwen en het naast de patiënt gaan staan om van daaruit samen te kunnen werken aan betere oplossingen.

Als basis onder onze klinische behandeling hanteren wij de schematherapie. Met behulp hiervan kunnen wij niet alleen het gedrag van de patiënt begrijpen en voor hemzelf begrijpelijk maken, maar ook onze eigen reactie daarop beter aanpassen. Er is veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het effect van schematherapie en gebleken is dat deze vorm van therapie bijzonder geschikt is voor onze doelgroep. De vertaling (Helpers en Helden) die we in samenwerking met Trajectum (en KFZ) hebben gemaakt voor de (grote) groep patiënten met een verstandelijke beperking rollen we de komende jaren uit over de hele kliniek. Hierbij worden alle behandelaren en sociotherapeuten getraind. Tevens wordt geborgd dat ook nieuwe medewerkers hierin geschoold worden. Naast deze schematherapeutische behandeling maken wij uiteraard ook gebruik van andere vormen van individuele en groepstherapie die het beste passen bij de patiënt en zijn problematiek. Globaal werken we volgens drie zorgprogramma's waarbij verschillende passende zorgpaden geïndiceerd kunnen worden. Een wetenschappelijke basis ligt ook onder de risicotaxatie en de effectmeting. Bij iedere patiënt beoordelen we periodiek of het hoge beveiligingsniveau binnen de kliniek nog nodig is of dat een setting met een lager beveiligingsniveau volstaat. Voor de meeste patiënten resulteert dit uiteindelijk in een terugkeer in de maatschappij. Voor anderen zoeken we naar een passende vervolgvoorziening.

Vanuit de herstelbenadering willen wij de komende jaren ook in de kliniek meer ruimte geven aan ervaringsdeskundigheid. 'Herstel' is in de psychiatrie een relatief nieuw concept dat verwijst naar iets anders dan genezing van een ziekte. 'Herstel' is een vaak langdurig en complex proces waarin de patiënt zijn persoonlijke balans hervindt na ervaringen van psychische ontwrichting en daarmee vaak gepaard gaand rolverlies. Tijdens dit herstelproces ontdekken patiënten gaandeweg dat zij alleen zélf betekenis kunnen geven aan hun ervaringen. Een ervaringsdeskundige ondersteunt dit proces onder meer op basis van eigen ervaringen.

Ambulant:

Ambulant werken we 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. Het zorgaanbod is gericht op volwassenen die baat kunnen hebben bij ambulante, outreachende en multidisciplinaire zorg en behandeling. Doel hiervan is de problematiek te verminderen en patiënten de controle terug te geven over hun gedrag en leven. De behandeling vindt plaats op één van de poliklinieken, bij de patiënt thuis of online.

5. FPI de Rooyse Wissel heeft aanbod in:

- o De generalistische basis GGZ
- o De gespecialiseerde GGZ

6. Behandelsettingen generalistische basis-GGZ

FPP de Horst biedt de volgende vormen van zorg:

- o Ambulante zorg
Beroepsgroep die hier als regiebehandelaar kan optreden:
GZ-psycholoog, psychotherapeut, verpleegkundig specialist.
- o Verslavingszorg (als onderdeel van een bredere forensische problematiek)
Beroepsgroep die hier als regiebehandelaar kan optreden:
GZ-psycholoog, psychotherapeut, verpleegkundig specialist.

7. Behandelsettingen gespecialiseerde GGZ

De Rooyse Wissel biedt de volgende vormen van zorg:

- o Klinische zorg
Beroepsgroep die hier als regiebehandelaar kan optreden:
Klinisch psycholoog, GZ-psycholoog, psychiater, verpleegkundig specialist.
- o Ambulante zorg
Beroepsgroep die hier als regiebehandelaar kan optreden:
Klinisch psycholoog, GZ-psycholoog, psychiater, psychotherapeut, verpleegkundig specialist
- o Verslavingszorg
Beroepsgroep die hier als regiebehandelaar kan optreden:
Klinisch psycholoog, GZ-psycholoog, psychiater, psychotherapeut, verpleegkundig specialist.

8. Structurele samenwerkingspartners:

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 behandeling van patiënten samen met verschillende partners. Hieronder volgen de voornaamste samenwerkingsverbanden:

- o Vincent van Gogh instituut, Stationsweg 46, 5803 AC Venray (www.vvqi.nl)
Het ForFACT Midden-Limburg is een samenwerking van FPP de Horst en Vincent van Gogh. De samenwerking zorgt voor 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.
- o STEVIIG (onderdeel van Dichterbij), Zwerfheide 2, 6591 RC Gennepe (www.dichterbij.nl)
De Rooyse Wissel en STEVIIG hebben gezamenlijk forensisch RIBW de Schakel opgezet. Door deze samenwerking wordt de jarenlange en breed gewaardeerde kennis en expertise van resocialisatie, risicomangement en behandeling van patiënten met een verstandelijke beperking gebundeld.
- o GGZ-Oost Brabant, Wesselmanlaan 25A, 5707 HA Helmond (www.ggzooostbrabant.nl)
FPP de Horst, GGZ Oost-Brabant en Novadic Kentron in een gezamenlijk FACTplus team (ambulante behandeling). Vanaf 1 april 2020 zal deze samenwerking worden uitgebreid middels samenwerking in de forensische polikliniek van GGZ Oost-Brabant. Het FACTplus team zal dan een ForFACT team worden.

- [Novadic Kentron, Hogedwardsstraat 3, 5261 LX Vught \(www.novadic-kentron.nl\)](http://www.novadic-kentron.nl)
FPP de Horst, GGZ Oost-Brabant en Novadic Kentron in een gezamenlijk FACTplus team (ambulante behandeling). Vanaf 1 april 2020 zal deze samenwerking worden uitgebreid middels samenwerking in de forensische polikliniek van GGZ Oost-Brabant. Het FACTplus team zal dan een ForFACT team worden.
- [Met GGZ, Buitenop 8, 6041 LA Roermond \(www.metggz.nl\)](http://www.metggz.nl)
Samenwerking in de vorm van Forensische RIBW Midden-Limburg in Roermond
- [Veiligheidshuis Midden limburg, Buitenop 8, 6041 LA Roermond \(www.veiligheidshuizen.nl\)](http://www.veiligheidshuizen.nl)
Dit is een samenwerkingsverband van 22 organisaties op het gebied van justitie, zorg en bestuur. Samen pakken deze organisaties complexe problemen aan om criminaliteit, recidive en maatschappelijke uitval te voorkomen of te verminderen. En om het best mogelijke perspectief te bieden aan mensen met problemen op meerdere leefgebieden.
- [Veiligheidshuis Parkstad, Markt 33, 6461 EC Kerkrade \(www.veiligheidshuizen.nl\)](http://www.veiligheidshuizen.nl)
Het Veiligheidshuis Parkstad is de plek waar gemeenten, justitiële partners en zorgpartners samenwerken om problemen op het gebied van criminaliteit, huiselijk geweld, kindermishandeling en radicalisering aan te pakken.
- [Veiligheidshuis Sittard-Geleen, Geleenbeeklaan 2, 6166 GR Geleen\(www.veiligheidshuizen.nl\)](http://www.veiligheidshuizen.nl)
Het Veiligheidshuis heeft als doel criminaliteit en overlast in het district te verminderen of te voorkomen. Minder recidive zorgt voor minder criminaliteit en minder overlast en een hogere mate van veiligheidsbeleving. De meerwaarde van het samenwerkingsverband zit vooral in de aansluiting van de preventieve én repressieve aanpak en de aansluiting met het nazorgtraject.
- [Veiligheidshuis Maastricht Heuvelland, Mosae Forum 10 6211 DW Maastricht \(www.veiligheidshuizen.nl\)](http://www.veiligheidshuizen.nl)
Het Veiligheidshuis heeft als doel criminaliteit en overlast in het district te verminderen of te voorkomen. Minder recidive zorgt voor minder criminaliteit en minder overlast en een hogere mate van veiligheidsbeleving. De meerwaarde van het samenwerkingsverband zit vooral in de aansluiting van de preventieve én repressieve aanpak en de aansluiting met het nazorgtraject.

II. Organisatie van de zorg

9. Zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen

Bevoegde en bekwame medewerkers:

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, gecontroleerd door onder andere het controleren van diploma's, het checken van referenties en het toetsen van de inschrijving in het BIG-register.

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.

Handelen volgens zorgstandaarden en richtlijnen:

De Rooyse Wissel werkt volgens de richtlijnen van het Trimbos-instituut, aangevuld met best practices en richtlijnen in ontwikkeling. Eén en ander conform de richtlijnen van ForZo/JJI (Ministerie van Justitie en Veiligheid) en de zorgverzekeraars. Ook in de zorgpaden zijn zorgstandaarden en richtlijnen opgenomen.

Deskundigheid op peil houden:

Wij verwachten van onze 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. 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.

10. Samenwerking

Professioneel statuut:

<PDF uploaden>

Multidisciplinair overleg, informatie-uitwisseling en overdracht:

Klinisch:

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

Bij het eerste inhoudelijke overleg zijn een psychiater, het Hoofd Behandeling (de regiebehandelaar), een basispsycholoog en eventueel andere disciplines zoals psychotherapie 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. Het Hoofd Behandeling is de voorzitter van dit team. Tijdens de behandelplanbespreking wordt de voorgaande periode geëvalueerd en worden afspraken gemaakt voor de aankomende periode. Het Hoofd Behandeling bespreekt de behandelplanbespreking voor en na met de patiënt.

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 onder andere gedacht worden aan een bijzondere diagnostische vraagstelling of een vastgelopen behandeling.

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

Ambulant:

Binnen FPP de Horst vinden de volgende overlevormen plaats: Intake overleg, behandelplanbespreking en multidisciplinaire casuïstiekbespreking.

Bij het intake overleg zijn een psychiater en/of een klinisch psycholoog, een GZ-psycholoog, een basispsycholoog en eventueel andere disciplines zoals een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) of ervaringsdeskundige 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.

Bij de behandelplanbespreking is het betrokken behandelteam (waaronder uiteraard ook de regiebehandelaar) aanwezig. Tijdens de behandelplanbespreking wordt de voorgaande periode geëvalueerd en worden afspraken voor de aankomende periode gemaakt. De regiebehandelaar bespreekt de behandelplanbespreking voor en na met de patiënt.

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.

Op- en afschalen van zorg:

Klinisch:

Op- en afschalen in de zorgverlening gebeurt binnen de kliniek in afstemming met het Hoofd Behandeling (de regiebehandelaar), de directie en/of de geneesheer-directeur en de psychiater. De mate van betrokkenheid is afhankelijk van de titel van de patiënt en waar hij in de kliniek is opgenomen.

Ambulant:

Zowel binnen als buiten FPP de Horst zijn er mogelijkheden tot het op- en afschalen van behandelintensiteit. Zo bestaat er de mogelijkheid van een crisisplaatsing in een klinische setting. Hiertoe zijn afspraken met onder andere Mondriaan en Vincent van Gogh gemaakt. Wanneer behandeling door FPP de Horst niet meer noodzakelijk is, wordt de patiënt terug verwezen naar de verwijzer of de huisarts. In de ontslagbrief die FPP de Horst opstelt 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.

Escalatieprocedure:

In het multidisciplinair overleg is alle benodigde deskundigheid vertegenwoordigd. Het overleg is gericht op gezamenlijke besluitvorming (overeenstemming). Bij verschil van mening of inzicht over de behandeling heeft het Hoofd Behandeling/ de regiebehandelaar, als hoofd van het multidisciplinair behandelteam, de doorslaggevende stem.

Wanneer het verschil van inzicht een onderwerp betreft waarvoor de verantwoordelijk specialist geraadpleegd dient te worden, heeft de verantwoordelijk specialist de doorslaggevende stem op dat domein. Bij verschil van inzicht tussen het Hoofd Behandeling/ de regiebehandelaar en de specialist wordt tijdig de adjunct-directeur Behandeling en Zorg geïnformeerd. Bij een verschil van mening over de behandeling in het kader van de Wet BOPZ/ de Wvvgz, wordt de geneesheer-directeur ingeschakeld.

11. Dossiervoering en omgang met patiëntgegevens

- De patiënt wordt gevraagd om toestemming bij het delen en opvragen/inzien van gegevens met niet rechtstreeks bij de huidige behandeling betrokken professionals, tenzij er een wettelijke basis bestaat voor het delen van de betreffende informatie.
- In situaties waarin het beroepsgeheim mogelijk doorbroken wordt, wordt gebruik gemaakt van de daartoe geldende richtlijnen van de beroepsgroep, waaronder de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, bij vermoedens van kindermishandeling of huiselijk geweld.
- In situaties waarin het beroepsgeheim mogelijk doorbroken wordt, wordt gebruik gemaakt van de daartoe geldende richtlijnen, waaronder het stappenplan materiële controle. Bij materiële controle wordt het controleplan opgevraagd bij de zorgverzekeraar.
- Er wordt gebruik gemaakt van de privacyverklaring, wanneer een patiënt zijn diagnose niet kenbaar wil maken aan zijn zorgverzekeraar.
- De Rooyse Wissel levert ROM-gegevens aan bij databanken op geaggregeerd niveau ten behoeve van benchmarking.

12. Klachten en geschillenregeling

Klinisch:

Patiënten kunnen met klachten over de behandeling terecht bij de Commissie van Toezicht. Er zal allereerst een bemiddelingstraject worden aangeboden/gestart, met tussenkomst van een klachtenfunctionaris/maandcommissaris.

Contactgegevens van de Commissie van Toezicht (waaronder ook de klachtenfunctionaris/maandcommissaris): Postbus 950, 6040 AZ, Roermond.

Alle klinisch opgenomen patiënten beschikken over een papieren exemplaar van de voor hen geldende klachtenregeling. Dit doordat internet voor veel patiënten niet (vrij) toegankelijk is.

De Rooyse Wissel is aangesloten bij de Geschillencommissie GGZ. De contactgegevens van deze instantie zijn: Postbus 90600, 2509 LP, Den Haag.

De geschillenregeling is te vinden via: <https://www.degeschillencommissiezorg.nl>

Ambulant:

Patiënten kunnen een klacht schriftelijk voorleggen aan de manager van FPP de Horst. Dit kan door het klaagschrift af te geven bij het secretariaat van de Horst, door deze per post toe te sturen aan de Horst (adres: Van Bornestraat 1, 5921 XT, Blerick) of door deze per mail te sturen aan info@fppdehorst.nl.

Voorts kan de klacht worden voorgelegd aan de klachtencommissie. De contactgegevens van de klachtencommissie zijn: Postbus 950, 6040 AZ, Roermond.

De klachtenregeling is te vinden via: <https://www.fppdehorst.nl/onze-hulp/klachten/>

FPP de Horst is aangesloten bij de Geschillencommissie GGZ. De contactgegevens van deze instantie zijn: Postbus 90600, 2509 LP, Den Haag.

De geschillenregeling is te vinden via: <https://www.degeschillencommissiezorg.nl>

III. Het behandelproces – Het traject dat de patiënt doorloopt

13. Wachtijd voor intake en behandeling

Klinisch:

Informatie over wachttijden kan telefonisch worden opgevraagd bij de Plaatsingscommissie, via telefoonnummer: 0478-635200.

Ambulant:

Patiënten vinden informatie over wachttijden voor intake en behandeling via <https://www.fppdehorst.nl/aanmelden/wachttijden/> en kunnen deze informatie ook telefonisch opvragen.

14. Aanmelding en intake

Klinisch:

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 Hoofd Behandeling (regiebehandelaar) aanwezig.

De patiënt wordt terugverwezen naar de verwijzer (indien mogelijk met een passend advies), indien de Rooyse Wissel geen passend aanbod voor de patiënt heeft.

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 Hoofd Behandeling (de regiebehandelaar). Op indicatie vindt er een intakegesprek plaats, voordat er wordt overgegaan tot plaatsing.

De patiënt wordt terugverwezen naar de verwijzer (indien mogelijk met een passend advies), indien de Rooyse Wissel geen passend aanbod voor de patiënt heeft.

Ambulant:

Voor ambulante behandeling is altijd een verwijzing nodig. Bij een vrijwillige behandeling is dat meestal de huisarts. Bij een verplichte behandeling is dat doorgaans de reclassering. De verwijzer meldt de patiënt 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 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 regiebehandelaar. De regiebehandelaar is tevens het aanspreekpunt voor de patiënt, gedurende de intakefase. Daarnaast neemt een andere zorgverlener een ROM-vragenlijst af bij de patiënt.

De patiënt wordt terugverwezen naar de verwijzer (indien mogelijk met een passend advies), wanneer niet het juiste zorgaanbod kan worden geleverd. De verwijzer en de patiënt worden hierover geïnformeerd en de patiënt wordt van de wachtlijst gehaald.

15. Diagnose

Klinisch:

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 het Hoofd Behandeling (de regiebehandelaar) en de psychiater.

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 in hoeverre welk deel van de stoornis verantwoordelijk is voor het delict (delictdiagnostiek). 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 de diagnosticus in aanwezigheid van het Hoofd Behandeling.

Ambulant:

Na de intake vindt er overleg plaats tussen de 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. Indien het voorstel door het multidisciplinair overleg wordt overgenomen, bepaalt het multidisciplinair overleg welke professional de regiebehandelaar van de patiënt zal zijn en vervolgens wordt de patiënt voor een adviesgesprek uitgenodigd. Tijdens dit adviesgesprek bespreekt de 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 regiebehandelaar getoetst. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het stellen van een diagnose en laat deze toetsen in het multidisciplinair overleg. Op elk gewenst moment kan tijdens de intake- en behandelfase door de regiebehandelaar worden besloten om nader diagnostisch onderzoek te doen. Het is mogelijk dat delen van het diagnostisch proces door anderen dan de regiebehandelaar worden verricht. Voor patiënten met een strafrechtelijke titel maken de delictanalyse en het delictscenario onderdeel uit van de diagnostische fase.

16. Behandeling

Klinisch:

- Behandeling en behandelplan

De behandeling begint bij de opname van de patiënt. Verfijning van de diagnostiek maakt onderdeel uit van het behandelproces. Er worden verschillende domeinen in beeld gebracht (waaronder cognitief functioneren, onderzoek, persoonlijkheid, verslavingsproblematiek, risicotaxatie etc.).

Binnen drie weken na opname in het FPC vindt een opnamebespreking plaats, waar de eerste stappen in de diagnose en behandeling van de patiënt worden besproken en vastgesteld. Naar aanleiding van deze bespreking wordt door het Hoofd Behandeling het opname-programma gestart. Afspraken worden vastgesteld in een opnameplan.

Binnen de FPK wordt ernaar gestreefd om binnen twee weken een voorlopig behandelplan op te stellen.

Het behandelaanbod kenmerkt zich door inzet van verschillende disciplines (bijvoorbeeld psychotherapie, vaktherapie, sociotherapie en dagbesteding), waarbij de verschillende perspectieven met elkaar worden verbonden op het gebied van delictbewerking, psychiatrische behandeling en de mogelijkheden van de patiënt.

De behandelroute die een patiënt aflegt is weergegeven in een zorgpad dat onderdeel uitmaakt van een zorgprogramma. De instelling kent zorgprogramma's voor drie doelgroepen: patiënten met psychotische kwetsbaarheid, patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en patiënten die licht verstandelijk beperkt zijn. Binnen elk zorgprogramma worden diverse zorgpaden gedifferentieerd aan de hand van co-morbide stoornissen (waaronder seksuele- en verslavingsproblematiek).

Voor patiënten die in het FPC verblijven wordt uiterlijk drie maanden na opname door het Hoofd Behandeling een behandelplan opgesteld, op basis van de aangeleverde verslagen, diagnostiek en indicatievoorstellen van de verschillende disciplines. Het concept behandelplan wordt na multidisciplinaire bespreking (behandelplanbespreking) op basis van besluiten aangepast en vervolgens vastgesteld door het Hoofd Behandeling. De patiënt wordt in de gelegenheid gesteld om bij (in ieder geval een deel van) deze bespreking aanwezig te zijn. 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 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 delictdiagnostiek gedestilleerde risicofactoren;
- De eigen mening van de patiënt.

Het vastgestelde behandelplan wordt waar mogelijk binnen twee weken door het Hoofd Behandeling 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 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 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 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 het Hoofd Behandeling.

- o Hoofd Behandeling (regiebehandelaar)

Het Hoofd Behandeling is de professional die het zorgproces coördineert en het eerste aanspreekpunt is voor de patiënt en/of zijn wettelijk vertegenwoordiger.

Het Hoofd Behandeling dient te beschikken over inhoudelijke deskundigheid en voldoet aan de navolgende voorwaarden:

- Afgeronde academische opleiding of daarmee vergelijkbaar niveau;
- Registratie in BIG-register;
- Relevante werkervaring;
- Periodieke deelname aan een vorm van intervisie en intercollegiale toetsing.

Taken en verantwoordelijkheden van het Hoofd Behandeling zijn:

- Het Hoofd Behandeling weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de andere betrokken zorgverleners in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn.
- Het Hoofd Behandeling ziet er op toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Andere betrokken zorgverleners hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering.
- Het Hoofd Behandeling laat zich informeren door de andere bij de behandeling betrokken zorgverleners, zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt. Het Hoofd Behandeling toetst of de activiteiten van anderen bijdragen aan de behandeling van de patiënt en passen binnen het door het Hoofd Behandeling in overleg met de patiënt vastgestelde behandelplan.
- Het Hoofd Behandeling en de andere betrokken behandelaren treffen elkaar ten behoeve van periodieke evaluatie van het behandelplan in persoonlijk contact en/ of in teamverband, zo mogelijk in aanwezigheid van de patiënt, met de daartoe noodzakelijke frequentie, op geleide van de problematiek/vraagstelling van de patiënt.
- Het Hoofd Behandeling draagt zorg voor goede communicatie met de patiënt en diens naasten (indien van toepassing en voor zover hiervoor toestemming is verkregen) over het beloop van de behandeling.

De Rooyse Wissel streeft er, in verband met de continuïteit van zorg, naar om zo min mogelijk verandering van Hoofd Behandeling binnen één fase van de behandeling door te voeren. Een wisseling van Hoofd Behandeling wordt altijd aan de patiënt medegedeeld en is mogelijk in de volgende gevallen:

- Overgang naar andere fase in de behandeling;
- Overplaatsing naar een andere afdeling vanwege organisatorische redenen;
- Wanneer het Hoofd Behandeling gedurende langere tijd niet, of niet meer beschikbaar is (bijv. in geval van ziekte, beëindiging van het dienstverband, verlof of overplaatsing).

Bij een wisseling van Hoofd Behandeling is het overdragende Hoofd Behandeling verantwoordelijk voor een goede overdracht en legt hij deze ook vast in het dossier.

- o Voortgang van de behandeling

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

- o Evaluatie

Het Hoofd Behandeling evalueert samen met de patiënt de doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling middels gesprekken en eventueel middels vragenlijsten en andere meetinstrumenten.

- o Tevredenheid

Eenmaal per twee jaar vindt er een patiënttevredenheidsonderzoek plaats, aan de hand van gesprekken en vragenlijsten. Voorts vinden er zogenaamde exit-gesprekken plaats, waarbij de tevredenheid van patiënten wordt gemeten.

Ambulant:

- o Behandeling en behandelplan

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

- 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 behandel-evaluatie vindt minimaal eenmaal per jaar plaats in het multidisciplinair overleg. Daarnaast kan de regiebehandelaar op elk gewenst moment een patiënt ter bespreking inbrengen voor dit overleg. Voorts kan de regiebehandelaar op elk gewenst moment intern andere disciplines inschakelen, die bij de behandeling van de patiënt betrokken worden.

- Regiebehandelaar

De regiebehandelaar is de uitvoerend behandelaar die het zorgproces coördineert en het eerste aanspreekpunt is voor patiënt en zijn naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger. De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces. De regiebehandelaar moet passend zijn bij het type behandeling. FPP de Horst streeft er, vanwege het belang van continuïteit van zorg, naar om de regiebehandelaar gedurende al deze fases door één professional te laten uitvoeren.

Een wisseling van regiebehandelaar wordt altijd aan de patiënt medegedeeld en is mogelijk in de volgende gevallen:

- Een nieuwe fase van de behandeling;
- Een wijziging in het behandelplan, met als gevolg wijziging van de zorgverlener of van het zwaartepunt van de behandeling;
- Op verzoek van patiënt (met redenen omkleed);
- De regiebehandelaar gedurende langere tijd niet, of niet meer beschikbaar is (bijvoorbeeld in geval van ziekte, beëindiging van het dienstverband, verlof of overplaatsing).

Bij wisseling van regiebehandelaarschap is de overdragende regiebehandelaar verantwoordelijk voor een goede overdracht van alle gemaakte afspraken en legt deze vast in het dossier.

De regiebehandelaar dient te beschikken over inhoudelijke deskundigheid en voldoet aan de navolgende voorwaarden:

- Afgeronde academische opleiding of daarmee vergelijkbaar niveau;
- Registratie in BIG-register (minimaal GZ-psycholoog);
- Relevante werkervaring ;
- Periodieke deelname aan een vorm van intervisie en intercollegiale toetsing.

Taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar zijn:

- De regiebehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de andere betrokken zorgverleners in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn.
- De regiebehandelaar ziet er op toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Andere betrokken zorgverleners hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering.
- De regiebehandelaar laat zich informeren door de andere bij de behandeling betrokken zorgverleners, zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt. De regiebehandelaar toetst of de activiteiten van anderen bijdragen aan de behandeling van de patiënt en passen binnen het door de regiebehandelaar in overleg met de patiënt vastgestelde behandelplan.
- De regiebehandelaar en de andere betrokken behandelaren treffen elkaar ten behoeve van periodieke evaluatie van het behandelplan in persoonlijk contact en/ of in teamverband, zo mogelijk in aanwezigheid van de patiënt, met de daartoe noodzakelijke frequentie, op geleide van de problematiek/vraagstelling van de patiënt.
- De regiebehandelaar draagt zorg voor goede communicatie met de patiënt en diens naasten (indien van toepassing en voor zover hiervoor toestemming is verkregen) over het beloop van de behandeling.

- Voortgang van de behandeling

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

- Evaluatie

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.

- Tevredenheid

Ieder jaar vindt er een patiënttevredenheidsonderzoek plaats, aan de hand van vragenlijsten. Incidenteel worden er instrumenten ingezet aan de hand waarvan het contact tijdens een behandelingsessie kan worden geëvalueerd.

17. Afsluiting/nazorg

Klinisch:

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.

Ambulant:

Wanneer de gestelde behandeldoelen naar inzicht van de 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 regiebehandelaar zijn visie en/of de visie van de patiënt voor aan het multidisciplinaire overleg, waarna er een besluit wordt genomen ten aanzien van het afsluiten van de behandeling.

Op indicatie stelt FPP de Horst een terugvalpreventieplan op met de patiënt. In dit plan is onder andere de procedure omtrent her-aanmelding, contact met de crisisdienst en contact met de huisarts opgenomen.

Drie maanden na afsluiting van de behandeling wordt er, indien de patiënt heeft aangegeven dit op prijs te stellen, door de regiebehandelaar contact gelegd met de patiënt om te informeren hoe het gaat.

In geval van afsluiting van de behandeling ontvangt de verwijzer een uitschrijfbrief. Indien er sprake is van een vervolgbehandelaar, hecht FPP de Horst 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, draagt de regiebehandelaar zorg voor een schriftelijke en mondelinge overdracht aan de nieuwe regiebehandelaar. Hierbij houdt de regiebehandelaar rekening met wet- en regelgeving over privacy en het medisch beroepsgeheim.

IV. Ondertekening

Ik verklaar dat ik me houd aan de wettelijke kaders van mijn beroepsuitoefening, handel conform het model kwaliteitsstatuut en dat ik dit kwaliteitsstatuut naar waarheid heb ingevuld.

Mevrouw drs. J.E.M. Tjihuis, voorzitter Raad van Bestuur CONRISQ Groep,
Mevrouw H.M. van Bussel, algemeen directeur de Rooyse Wissel

Oostrum
18 november 2019