

## Kwaliteitsstatuut behandeling de Humane Zorg- Forensisch

Per 1 januari 2017 zijn alle aanbieders van 'geneeskundige ggz', dat wil zeggen generalistische basisggz en gespecialiseerde ggz binnen de Zorgverzekeringswet, verplicht een kwaliteitsstatuut openbaar te maken. Dit betreft een goedgekeurd kwaliteitsstatuut.

### I. Algemene informatie

#### 1. Gegevens ggz-aanbieder

##### I. Algemene informatie

1. Gegevens ggz-aanbieder:	
Naam instelling:	De Humane Zorg- Forensische GGz
Hoofd Postadres, straat en huisnummer	Marconistraat 9C
Hoofd postadres postcode en plaats:	3029 AE Rotterdam
Website	<a href="http://www.humanezorg.nl">www.humanezorg.nl</a>
KvK nummer	73104752
AGB code 1	75753391

2. Gegevens contactpersoon/aanspreekpunt	
Naam	Murat Baran
E-mailadres	m.baran@humanezorg.nl
tweede e-mailadres	info@humanezorg.nl
Telefoonnummer	010 318 00 77

#### 3. Onze locaties vindt u hier

Marconistraat 9c  
3029 AE Rotterdam

#### 4. Beschrijving 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).:*

Humane Zorg Forensische GGz (DHFZ) is een centrum voor forensisch geestelijke gezondheidszorg dat een aanbod heeft in de ambulante specialistische GGz voor cliënten met een forensische indicatie. DHFZ werkt op basis van professionele state-of the art standaarden uit de forensische wetenschap waarbinnen het Risk-Needs-Responsivity model, het GoodLivesModel en kennis over veerkracht en desistance centraal staan.

DHFZ besteedt gericht aandacht aan de wijze waarop de client vanuit zijn achtergrond het meest optimaal tot leren en ontwikkeling komt. Dit omvat bijvoorbeeld rekening houden met culturele aspecten zoals taal en “*Cultural Concepts of Distress*” zoals weergegeven in de zorgstandaard diversiteit en de cultuursensitieve addenda bij de overige richtlijnen. Het betrekken van het voor client belangrijke netwerk en het aanpassen van de behandelvorm aan de leerstijl van de client vindt DHFZ een must.

Typend voor de behandeling binnen DHZF is:

*“Op maat ondersteund; begrensd waar nodig,  
werken aan veiligheid en groei op een manier die bij de client past”*

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

DHZF biedt gespecialiseerde ambulante behandeling voor (jong-)volwassenen met grensoverschrijdend of strafbaar gedrag zoals gewelddadig gedrag, diefstal of bijvoorbeeld gewelddadige radicalisering. De behandeling richt zich op het onder controle krijgen van factoren die onderliggend zijn aan dit gedrag, het voorkomen van nieuw strafbaar gedrag en het verbeteren van de het algemene functioneren dat hieraan bijdraagt. Cliënten leren middels een op maat ingevuld behandelplan hoe ze op een verantwoordelijke manier kunnen leven. Veilig voor een ander en voor zichzelf.

Veel voorkomende problematieken zijn agressieregulatieproblemen, persoonlijkheidsproblemen, aandachtstekort en hyperactiviteitsproblemen, impulsregulatieproblemen, trauma

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

Nee

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

Dubbele diagnose, nl: Gedrags- en persoonlijkheidsproblematiek bij mensen met acculturatieproblematiek en verdiepingsdiagnostiek.

*5. Beschrijf professioneel netwerk:*

DHZF werkt voor zijn kerntaak - het bieden van behandeling voor mensen met (potentieel) strafbaar gedrag- samen met verschillende ketenpartners, zoals, justitie, politie, de reclassering, instellingen voor beschermd of begeleid wonen, de gemeente, veiligheidsoverleg/ tafel/ veiligheidshuis, andere zorgverlenende instanties en de huisartsen.

Het doel van dit professioneel netwerk is om een goede en veilige resocialisatie in de maatschappij te kunnen realiseren.

6. Er is sprake van een overgangssituatie daarbij we zowel werken met een onderscheid in generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz als een indeling in categorieën. In de toekomst zal het eerste onderscheid komen te vervallen.

*6.A Humane Zorg biedt zorg aan in:*

De generalistische basis-ggz Hiervoor kunnen de volgende type beroepsbeoefenaren als regiebehandelaar optreden: (indien relevant met toelichting [open tekstveld])

*6.B Humane Zorg heeft aanbod in de categorieën van complexiteit van situatie:*

Categorie B In deze categorie gaat het om situaties met hoogcomplex problematiek en een laagcomplex zorgaanbod. Het kan ook gaan om situaties waar hoogcomplex problematiek aanvankelijk een hoogcomplex zorgaanbod vereiste, maar waar de situatie na verloop van tijd enigszins is gestabiliseerd, en het zorgaanbod een redelijk voorspelbaar beloop krijgt. Denk bijvoorbeeld aan de situatie waarbij het zorgaanbod aan de patiënt/cliënt van een FACT-team in stabiel vaarwater is gekomen.

*7. Structurele samenwerkingspartners :*

Humane Zorg werkt ten behoeve van de behandeling en begeleiding van patiënten/cliënten samen met: • Beschrijf de functie van het samenwerkingsverband en wie daarin participeren: [NAW-gegevens met vermelding websites]. Indien u de naam van een persoon opneemt, dient u toestemming van deze persoon te hebben voor het gebruik van zijn/haar persoonsgegevens (AVG)

DHFZ werkt ten behoeve van de behandeling van cliënten samen met de volgende ketenpartners en organisaties (niet uitputtend en op casusniveau zijn samenwerkingen met andere instellingen aan de orde):

Type & naam ketenpartner	Functie	Adres	Contactgegevens & website
Sanitas Kliniek	Ambulante behandeling in de reguliere sector	Aelbrechtskade 82 3023 JA Rotterdam	<a href="https://www.sanitaskliniek.nl/">https://www.sanitaskliniek.nl/</a>
Stichting Mozaik	Specialistische Geestelijke	Linker Rottekade 292 3034 CV Rotterdam	<a href="http://mozaik.pameijer.nl/">http://mozaik.pameijer.nl/</a>

	Gezondheidszorg (psychiatrische en/of verslavingsproblematiek)		
Antes	Crisiszorg in de regio	Poortmolen 121 2906 RN Capelle a/d IJssel	<a href="https://www.anteszorg.nl/verwijzers/crisisdienst">https://www.anteszorg.nl/verwijzers/crisisdienst</a>
Reclassering Nederland	Verwijzer en toezichthouder	Marconistraat 2 3029 AK Rotterdam	<a href="http://www.reclassering.nl">www.reclassering.nl</a>
Antes reclassering	Verwijzer en toezichthouder	Marconistraat 2 3029 AK Rotterdam	0882303300
Reclassering Leger des Heils	Verwijzer en toezichthouder	Abraham van Stolkweg 140 3042 JA Rotterdam	0102381900
Begeleid & beschermd wonen	Humane Zorg begeleid en beschermd wonen	Marconistraat 9c 3029 AE Rotterdam	<a href="http://www.humanezorg.nl">www.humanezorg.nl</a>
Wmo en ASR jongeren	Prokino (wat voor instelling is dit?)	Sportsingel 70 3078 XT Rotterdam	<a href="https://www.prokino.nl/nl/web/zorg/rotterdam">https://www.prokino.nl/nl/web/zorg/rotterdam</a>
Veiligheid en meldcode samenwerking	Veiligheidshuizen (landelijke samenwerking)		<a href="http://www.veiligheidshuizen.nl">www.veiligheidshuizen.nl</a>

## 8. Beschrijving lerend netwerk:

### netwerkbeschrijving

DHZF werkt voor zijn kerntaak - het bieden van behandeling voor mensen met (potentieel) strafbaar gedrag- samen met verschillende ketenpartners, zoals, justitie, politie, de reclassering, instellingen voor beschermd of begeleid wonen, de gemeente, veiligheidsoverleg/ tafel/ veiligheidshuis, andere zorgverlenende instanties en de huisartsen.

Het doel van deze samenwerkingen is een goede en veilige resocialisatie in de maatschappij te kunnen realiseren voor zowel client als onze samenleving.

## II. Organisatie van de zorg

9. DHZF ziet er als volgt op toe dat: zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn:

### 9a. Zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn:

Basis voor de selectiecriteria zijn de wettelijke eisen, kwaliteitseisen en de opgestelde functiebeschrijvingen. DHZF geeft uitvoering aan de vergewisplicht volgens de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) bij de indiensttreding van medewerkers en stelt een bewijs van inschrijving in het BIG register verplicht voor regiebehandelaren en een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) verplicht voor alle bij de behandeling betrokken zorgverleners. Ook zijn de volgende criteria van belang: Enthousiasme, professionele houding en uitstraling.

Na de aanname van een nieuwe medewerker volgt vóór het einde van de proeftijd een gesprek tussen de medewerker en het hoofd behandeling. In dit gesprek wordt het functioneren van de medewerker in de afgelopen periode geëvalueerd en wordt de

voortgang van het dienstverband besproken. De bevindingen van het gesprek worden schriftelijk vastgelegd in een verslag. Het formulier wordt opgenomen in het personeelsdossier.

Binnen DHZF wordt regie gevoerd over de behandeling door de regiebehandelaar. Beroepsgroepen die binnen DHZF als regiebehandelaar kunnen optreden zijn: Gz-psycholoog BIG, Orthopedagoog- Generalist BIG  
Van onder regie van de regiebehandelaar werkende andere behandelaars wordt verwacht dat zij bij de bij hun opleiding passende beroepsvereniging (zoals NVO, NIP) zijn aangesloten.

De beroepsregistratie & VOG worden elke 3 jaar gecontroleerd. De regiebehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de betrokken zorgverleners en wordt hierin administratief ondersteund door de afdeling personeelszaken en de algemeen directeur.

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

Binnen DHZF is voor elke functie een functiebeschrijving opgesteld met taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Minimaal eenmaal per jaar wordt met elke medewerker een functioneringsgesprek gevoerd aan de hand van een formulier. Eén week voorafgaand aan het gesprek krijgt de medewerker een formulier waar de vragen op staan die aan de orde komen en ook wordt gevraagd of er punten zijn die zij aan de orde wil stellen. Tijdens het gesprek komen minimaal de volgende onderwerpen aan de orde: Functioneren, werkinhoud, werkomstandigheden, ziekteverzuim, persoonlijke ontwikkeling en gemaakte afspraken.

In het behandelplan zijn behandelprogramma's opgenomen die passen bij de verwezen forensische problematiek. Zo veel mogelijk wordt gebruik gemaakt van erkende interventies<sup>1</sup> en instrumenten en daarnaast van behandelprogramma's die wetenschappelijk bewezen effectief zijn, of aansluiten bij bestaande richtlijnen / best practice<sup>2</sup>. Middels interviews wordt op casusniveau toegezien op het (juiste) gebruik van richtlijnen en werkinstructies. Het gebruik van de ontwikkelde werkprocessen (en de herziening hiervan) wordt bij DHZF jaarlijks onafhankelijk getoetst en geborgd door ISO 900:2001 Kwaliteitsmanagementsysteem.

Om de behandeling te toetsen op zijn effectiviteit wordt gebruik gemaakt van reguliere evaluaties met client en het periodiek bijstellen van de risicotaxatie om de verbetering van het risico te monitoren en eventuele nodige aanpassingen aan de behandeling voor nadere groei vast te stellen.

#### *9c. Bekwaam: Zorgverleners hun deskundigheid op peil houden:*

---

<sup>1</sup> <https://www.justitieleinterventies.nl/erkende-interventies>

<sup>2</sup> <https://kfz.nl/projecten?categories%5B%5D=1&settings%5B%5D=1> | <https://www.ggzstandaarden.nl/>

Medewerkers worden volgens een intern en extern deskundigheidsprogramma bijgeschoold (zie bijlage: Bijscholing), zowel in behandeling als bejegening van cliënten/patiënten. Wat betreft de inhoudelijke kennis worden de medewerkers geschoold in algemene forensische kennis, zoals forensische scherpste, relationele beveiliging, risicotaxatie en delictanalyse. Ten behoeve van de behandeling wordt scholing in specifieke behandelvormen (zoals gedragstherapie bij agressieregulatieproblematiek, kennis en behandeling van radicaliseringsproblematiek) en -modulen (vb Grip op Agressie) gefaciliteerd.

Verder wordt het professioneel handelen van medewerkers op de volgende wijze geborgd:

- Voor elke functie zijn functievereisten opgenomen in een functiebeschrijving.
- Overlegstructuur: Regelmatig bespreken van de gedragscode, protocollen en werkinstructies in het werkoverleg.
- Medewerkers werken volgens instructies die voldoen aan de geldende normen, wet- en regelgeving.
- Medewerkers worden ingewerkt volgens het inwerkprogramma.
- Naar aanleiding van de door cliënten of medewerkers geuite klachten en VIM meldingen wordt in de oorzaakanalyse gekeken naar het professioneel handelen en worden zo nodig verbeter maatregelen genomen.
- Via functioneringsgesprekken komt het professioneel handelen continu terug en wordt gekoppeld aan persoonlijke ontwikkeling. Wat hieruit komt en nodig is voor de deskundigheidsbevordering wordt opgenomen in het persoonlijk ontwikkelings plan.
- Toetsing en evaluatie van het professionele handelen vindt plaats door o.a. bespreking van casuïstiek en behandelplannen en in het functioneringsgesprek en werkoverleg. Dit gehele proces wordt door middel van ISO 9001:2015 gewaarborgd.

## *10. Samenwerking*

### *10a.*

*Samenwerking binnen uw organisatie en het multidisciplinair overleg is vastgelegd en geborgd in het professioneel statuut: Ja*

### *10b. Indien de organisatie gespecialiseerde-ggz levert:*

Binnen DHFZ is het multidisciplinair overleg en de informatie-uitwisselingen-overdracht tussen regiebehandelaar en andere betrokken behandelaren als volgt geregeld:

Er vindt(minimaal) tweewekelijks een multidisciplinair overleg plaats waarin lopende en nieuwe behandelingen worden besproken in aanwezigheid van de regiebehandelaar en overige betrokken hulpverleners.

De verslaglegging vindt in het elektronische patiënt/client-dossierplaats.

### *10c. DHZF hanteert de volgende procedure voor het op- en afschalen van de zorgverlening naar een volgend respectievelijk voorliggend echelon:*

Er wordt gewerkt op basis van de principes van matched care, dat wil zeggen dat die zorg nodig voor de veiligheid en ontwikkeling van cliënten en hun omgeving wordt geleverd, passend bij de behandeldoelen en risico's.

DHZF kan binnen de eigen instelling op- en afschalen als het gaat om ambulante zorgintensiteit. De benodigde zorg- en beveiligingsintensiteit wordt met (landelijk erkende)

risicotaxatie-instrumenten ingeschat door de regiebehandelaar bij de start van de behandeling en minimaal eens per jaar herhaald, zonodig eerder bij wijzigingen van het behandelplan, of voor zover de richtlijnen van het instrument daarom vragen.

Als de risico's voor cliënten of de maatschappij afnemen, dan wordt de zorg op een minder intensief niveau voortgezet dan wel doorverwezen naar de reguliere zorg als hiertoe de wens bestaat. Als (tijdelijk) de risico's toenemen, dan kan er besloten worden tot een meer intensief poli-klinisch behandeltraject. Indien het risico acuut of structureel te hoog oploopt voor voortzetting van de ambulante behandeling, vindt overleg met verwijzer plaats voor andere interventie.

*10d. Binnen DHZF geldt bij verschil van inzicht tussen bij een zorgproces betrokken zorgverleners de volgende escalatieprocedure:*

Bij onenigheid over een lopende behandeling onder de behandelaren, wordt dit binnen de MDO/team besproken om samen tot een beslissing te komen. Bij een verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling heeft de regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem, echter niet eerder dan nadat alle betrokken deskundigen gehoord zijn.

#### *11. Dossiervoering en omgang met patiëntgegevens*

*11a. Ik vraag om toestemming van de patiënt bij het delen van gegevens met niet bij de behandeling betrokken professionals:*

Ja

*11b. In situaties waarin het beroepsgeheim mogelijk doorbroken wordt, gebruikt DHZF 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 vraagt DHZF het controleplan op bij de zorgverzekeraar (bij materiële controle):*

Ja

*11c. DHZF gebruikt de privacyverklaring als de cliënt zijn diagnose niet kenbaar wil maken aan zijn zorgverzekeraar/DIS:*

Ja

#### **12. Klachten en geschillenregeling**

*12a.*

*De klachtenregeling is hier te vinden (kies een van de twee opties): Upload van uw klachtenregeling op <https://www.humanezorg.nl/klachten/>*

*12b. Patiënten kunnen met geschillen over behandeling terecht bij*

*Naam geschilleninstantie waarbij instelling is aangesloten:*

Stichting Zorggeschil

Postbus 24018

3502 MA Utrecht

Telefoonnummer: 06-12583075 (ambtelijk secretaris)

Email: [info@zorggeschil.nl](mailto:info@zorggeschil.nl)

Upload van uw geschillenregeling op [www.ggzkwaliteitsstatuut.nl](http://www.ggzkwaliteitsstatuut.nl)

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

#### 13. Wachtijd voor intake en behandeling

Cliënten vinden informatie over wachttijden voor intake en behandeling via onze website inzien of telefonisch opvragen. De link naar wachttijden voor intake en behandeling:

<https://www.humanezorg.nl/forensische-behandeling/>

#### 14. Aanmelding en intake/probleemanalyse

*De aanmeldprocedure is binnen DHZF als volgt geregeld (zoals: wie ontvangt de telefonische aanmelding, wie doet de intake, hoe verloopt de communicatie met de client):*

##### Aanmelding

Op grond van artikel 6.2 lid 2 van de Wfz wordt door de plaatsende instantie het plaatsingsbesluit aan DHZF beschikbaar gesteld in Ifzo. Ook kan er intern doorverwezen worden vanuit Humane Zorg begeleiding&verblijf. Dit komt binnen bij het aanmeldsecretariaat van DHZF. Het aanmeldsecretariaat verwerkt de aanmelding administratief en toetst deze op de formele vereisten:

- Toetsing in-/uitsluitingscriteria;
- ID check;
- Aanwezigheid van aanmeldingsbrief en/of plaatsingsbrief. DHZF behoudt zicht het voorrecht om na een aanmeldingsbrief ook de plaatsingsbrief op te vragen bij de plaatsende instantie.

Het aanmeldsecretariaat neemt de aanmelding op in het intern beheerd bestand "wachtlIJst." Via de plaatsingsbrief zal het aanmeldsecretariaat het dossier opvragen door te mailen naar [loket.zorgaanbieders@3ro.reclassering.nl](mailto:loket.zorgaanbieders@3ro.reclassering.nl) onder vermelding van het SKN nummer en het plaatsingsbesluitnummer. Uit dit opgevraagd dossier komt tenminste naar voren:

- De justitiële geschiedenis van cliënt.
- Het sociaal vooronderzoek en de risicotaxatie zoals gemaakt door de reclassering.
- Verslaglegging met betrekken tot huidige en eerdere behandeling.
- Contactgegevens van relevante personen, waaronder de cliënt, reclassering en de huidige behandelaar (indien van toepassing)
- Huidig medicatiegebruik

Het aanmeldsecretariaat zal/kan als/wanneer nodig de plaatsende instantie contacten voor meer aanvullende informatie.

Binnen 10 werkdagen dient duidelijk te zijn of een ambulant traject mogelijk is. De regiebehandelaar screent de verwijzing inhoudelijk op:

- Er is sprake van delictgedrag.



- Er zijn indicaties voor een psychische stoornis die psychologisch behandeld kan worden.
- De intensiteit van verzochte/ mogelijk behandeling past binnen ambulante kader.
- Er is de juiste expertise beschikbaar voor de aangemelde problematiek.

Indien de screening tot een afwijzing leidt, verwijst het aanmeldsecretariaat de verwijzing schriftelijk terug naar verwijzer.

Na een positieve screening stelt de regiebehandelaar vast welke behandelaar de intake doet. Het aanmeldsecretariaat bevestigt de aanneming van de cliënt voor intake aan verwijzer, nodigt de cliënt uit voor de intake bij de toegewezen behandelaar en verstrekt de cliënt middels een folder/flyer de volgende informatie:

- De Zorgvisie van Humane Zorg.
- De Algemene voorwaarden.
- De Privacy regels.
- De Klachtenregeling.
- Omgang met Geschillen.
- Medezeggenschap (Cliëntenraad)
- Het afwegingskader van de Wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling
- Rechten en plichten cliënt en de behandelaar i.h.k. van de WFZ
- ZPM (Zorgprestatie model)

*14b. Binnen DHFZ wordt de cliënt terugverwezen naar de verwijzer –indien mogelijk met een passend advies- indien DHFZ geen passend aanbod heeft op de zorgvraag van de patiënt/cliënt:*

*Ja*

*15. Beschrijf hoe de intake en diagnose binnen DHZF is geregeld (hoe komt de aanmelding binnen, hoe komt de afspraak met de/cliënt voor de intake tot stand, wie is in de intakefase de regiebehandelaar en hoe komt die beslissing tot stand (afstemming met cliënt), waaruit bestaan de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar indien deze wel/niet zelf de diagnose stelt):*

De intakeprocedure hanteert zoveel mogelijk het principe van shared-decision-making.

- De toegewezen behandelaar bestudeert het toegeleverde dossier als basis voor de intake.
- Het eerste gesprek vindt (bij voorkeur) plaats in (gedeeltelijke) aanwezigheid van verwijzer waarbij de behandelopdracht vanuit de verwijzer wordt geëxpliciteerd in bijzijn van de cliënt.
- De afstemming van de diagnostiek op de achtergrond van de cliënt past binnen de ggz standaarden en het responsiviteitsprincipe. Ten behoeve van de noodzakelijke culturele sensitiviteit en responsiviteit in de verschillende fasen van aanmelding, diagnostiek, behandeling en nabehandeling wordt daarom standaard gebruik gemaakt van het Cultureel Formulerings Interview.
- Aan het eind van het eerste intakegesprek vult de cliënt de vastgestelde screeningsinstrumenten voor responsief behandelen in.

- In het tweede intakegesprek vindt de algemene inhoudelijke intake plaats, i.i.g. bestaande uit:
  - De anamnese
  - De justitiële en hulpverleningsgeschiedenis
  - De uitslagen van de screeningsinstrumenten responsiviteit
  - Een (voorlopige, doch) gestructureerde taxatie van risico- en beschermende factoren
  - Een delict-theorie met een hypothese (of meerdere) geformuleerd over de samenhang tussen deze factoren onderling en met het delictgedrag.
  - Een (voorlopige) diagnosestelling

De risicotaxatie wordt binnen DHZF afgenomen met behulp van de FARE en de SAPROF, voor de forensische ambulante praktijk betrouwbare taxatie-instrumenten. Waar nodig wordt een op de specifieke problematiek afgestemd aanvullend instrument afgenomen. Volgens het behoefteprincipe, richt de behandeling zich vooral op de dynamische risicofactoren, daarbij rekening houdend met de statische risicofactoren

In lijn met de prestatie-indicatoren van de risico-taxatie legt de behandelaar bij nieuwe cliënten uiterlijk binnen 3 maanden na start van de behandeling ook de zorgvraagtypering vast.

De intakeprocedure wordt afgerond met een intakeverslag en - op basis van de delicttheorie en informatie over responsiviteit- een (voorlopig) behandelvoorstel - gericht op het verminderen van het risico op herval in delictgedrag en het verbeteren van het maatschappelijk functioneren en welzijn - aangevuld met de gewenste responsieve wijze van behandeling en de visie van cliënt op het behandelvoorstel.

Dit behandelvoorstel beschrijft

- De behandelopdracht vanuit de indicatie.
- De hulpwens vanuit de cliënt, de motivatie voor de behandeling, de krachten, de lijdensdruk en het probleeminzicht.
- De behandeldoelen, geïndiceerde behandelmodulen en – indien van toepassing- hun prioriteitsstelling.
- Welke disciplines, middelen en sterke kanten van cliënt zullen worden ingezet om deze doelstellingen te kunnen bereiken.
- Welke inspanningen de cliënt zal leveren om de gestelde doelen te realiseren.
- De omvang, geschatte duur en frequentie van de begeleiding/behandeling.
- De wijze en frequentie van de evaluatie.
- Welke inzet en inspanning door andere hulpverleners/instellingen betrokken bij de cliënt geleverd zal worden.

## 16. Behandeling

*16a. Het behandelplan wordt als volgt opgesteld (beschrijving van proces en betrokkenheid van cliënten (mede-)behandelaren, rol multidisciplinair team):*

Via het behandelvoorstel (afkomstig uit de intakefase) wordt door de regiebehandelaar, al of niet in samenwerking met andere behandelaren, het behandelplan opgesteld in overleg met de cliënt, eventueel diens wettelijk vertegenwoordiger of (bij toestemming) partner of andere familieleden.

Binnen 12 weken na de intake wordt dit behandelplan besproken in een multidisciplinair overleg waaraan in ieder geval de regiebehandelaar deelneemt. De diagnose wordt vastgesteld, evenals de behandeldoelen en het behandelplan. De regiebehandelaar draagt zorg voor het bespreken van de diagnose, de doelen van de behandeling en de geïndiceerde interventies met de cliënt. Tevens geeft de regiebehandelaar aan wie de geadviseerde behandeling gaat uitvoeren, waarbij zoveel mogelijk rekening gehouden wordt met de kenmerken en voorkeuren van de cliënt.

Een cliënt kan het geheel, gedeeltelijk of niet met het behandelplan eens zijn. Dit wordt genoteerd in het elektronische clientendossier en het behandelplan kan alleen voor die delen waar men het mee eens is worden uitgevoerd.

*16b. Het centraal aanspreekpunt voor de patiënt/cliënt tijdens de behandeling is de regiebehandelaar (beschrijving rol en taken regiebehandelaar in relatie tot rol en taken medebehandelaars):*

Het aanspreekpunt voor de cliënt/patiënt en andere betrokkenen tijdens de behandeling is in principe de regiebehandelaar.

Bij de DHFZ geldt dat tijdens de bespreking van het initieel behandelplan aan de cliënt wordt duidelijk gemaakt dat hij/zij recht heeft op de regiebehandelaar als eerste aanspreekpunt, maar dat er vanwege praktische overwegingen voor gekozen kan worden om de medebehandelaar ook aanspreekpunt voor de cliënt te laten zijn. Als de cliënt hiervoor kiest, maken regiebehandelaar, medebehandelaar en cliënt hier duidelijke afspraken over. De cliënt kan echter altijd contact opnemen met de regiebehandelaar.

De regiebehandelaar zorgt ervoor dat het behandelplan wordt uitgevoerd zoals besproken. De behandeling of delen ervan kunnen worden uitgevoerd door andere behandelaren, bijvoorbeeld bij een systeem-, trauma- of groepsbehandeling. De regiebehandelaar en de overige behandelaren houden in dat geval contact over de vorderingen, zowel binnen als buiten het intervisie overleg. Zodra er aanpassingen nodig zijn in het behandelplan (bijv. tijdens evaluaties) of als er sprake is van crisissituaties of complexe vraagstukken gericht op de behandeling, wordt dit met het team besproken in aanwezigheid van de medebehandelaars.

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

Elke twee weken vindt intervisie plaats waarbinnen nieuwe en lopende behandelingen worden besproken

Elke zes maanden, en bij veranderde omstandigheden eventueel vaker, worden de risicotaxatie-en ROM-instrumenten herhaald en in aanwezigheid van medebehandelaren geëvalueerd. Indien nodig wordt - uiteraard in overleg met cliënt- vervolgens het behandelplan aangepast.

Naast de zes-maandelijke evaluatie op basis van de ROM-meting, worden de behandeling en het behandelplan in aanwezigheid met cliënt, eventueel zijn naasten en verwijzer minimaal eens per jaar in aanwezigheid van de medebehandelaren geëvalueerd

met de regiebehandelaar. Doelen en inzet van interventies om die doelen te bereiken worden indien nodig aangepast in overleg met cliënt.

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

*16d. De tevredenheid van cliënten wordt binnen DHZF op de volgende manier gemeten (wanneer, hoe):*

We zullen voor de tak behandeling het volgende instrument inzetten, namelijk Quality Index (CQi). De CQi is de gestandaardiseerde systematiek die gebruikt wordt voor het meten, analyseren en rapporteren van de ervaren kwaliteit rond kortdurende ambulante GGZ en verslavingszorg vanuit het perspectief van de cliënt.

#### *17. Afsluiting/nazorg*

*17a. De resultaten van de behandeling 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):*

Beëindiging van de poliklinische behandeling zal in de regel in overeenstemming zijn met de wensen van de cliënt. Indien de doelen zijn behaald wordt de cliënt terugverwezen naar de oorspronkelijke verwijzer die, indien de cliënt hiervoor toestemming verleent en/ of hier wettelijk verplichting toe bestaat, geïnformeerd wordt in een afsluitbrief en soms een afrondend gesprek. Bij een advies voor doorverwijzing (wanneer er nog andere behandeling of begeleiding nodig is) gebeurt dit (schriftelijk en telefonisch) in overleg met de cliënt en de oorspronkelijke verwijzer.

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

Voor de cliënten geldt dat zij zich opnieuw kunnen aanmelden via een verwijzer.

*IV. Ondertekening Naam bestuurder DHZF: xxxxxxxx Plaats: Rotterdam Datum:xxxx*

*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:*

*Ja*

*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 en/of ander keurmerk);*

- *Zijn algemene leveringsvoorwaarden;*
- *Het binnen de instelling geldende professioneel statuut, waar de genoemde escalatie-procedure in is opgenomen.*

*Naam: M. Cerit*

*Functie: Directeur*

*Datum: 22-06-2022*

*Handtekening: *