



Mutatio Zorg Nederland B.V.

Mensen eerst...

Meerjarenplan 2024-2028



Inhoudsopgave

1. Algemene informatie	3
2. Organisatie van zorg binnen MZN	4
2.1 Veilig werk- en leefklimaat.....	4
2.2 Kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem.....	4
2.3 Visie op goed bestuur, leiderschap, duurzaamheid, toezicht en medezeggenschap	5
2.4 Onderzoek en innovatie	5
2. Stappen naar het meerjarenplan	6
3. Actiepunten per pijler	7
3.1 Pijler 1- Veiligheid en persoonsgerichte zorg	7
3.2 Pijler 2 – Forensische vakmanschap	9
3.3 Pijler 3 – Organisatie van de zorg.....	9
3.4 Pijler 4 – Samenwerken	10
4. Werkwijze implementatie KKFZ en monitoring.	10
5. Planning	11
Bijlage 1: Nulmeting in 2024	12

1. Algemene informatie

Mutatio Zorg Nederland (MZN) is een organisatie die gespecialiseerde cultuur-sensitieve ambulante begeleiding biedt aan cliënten met een justitiële titel. Ons team bestaat uit een multidisciplinair team van ambulante begeleiders, casemanagers, gedragsdeskundigen en een (consulaire) psychiater. Cultuur-sensitieve begeleiding betekent dat wij de zorg voor elke cliënt op maat afstemmen, waarbij wij streven naar minimaal één hulpverlener die dezelfde achtergrond en/of taal deelt als de cliënt. Wij houden ook rekening met o.a. straatcultuur, religie, cultuur en LHBTIQ+. Herkenning speelt hierbij een sleutelrol bij het begrip. Onze ambulante begeleiding omvat onder andere hulp bij financiële administratie, praktische dagelijkse zaken, het zoeken naar een woning en dagbesteding. Het zorgplan, opgesteld door de gedragsdeskundige, is leidend voor de vorm en de doelen van de begeleiding. MZN werkt nauw samen met verschillende partners om de cliënten optimaal te begeleiden. Dit omvat samenwerkingen met onder andere Van den Bosse Bewindvoeringen, Schroeder van der Kolk dagbesteding, gemeenten, gebiedsteams, Zorg- & Veiligheidshuizen, 3RO en wijkagenten. In tabel 1 is een overzicht te vinden van het aantal (forensische) cliënten.

Tabel 1 - Overzicht aantal cliënten

Type forensische zorg:	Ambulante begeleiding
Totaal aantal cliënten (op 31 december 2023):	63
Percentage Forensische Zorg gefinancierd door de DJI:	89%
Percentage Forensische Zorg anders gefinancierd dan door de DJI:	11%

2. Organisatie van zorg binnen MZN

2.1 Veilig werk- en leefklimaat

Een goed werkklimaat is een omgeving waarin je je als professional veilig voelt en samen met het team op een open en transparante manier met elkaar en met de cliënten samenwerkt en communiceert. Een goed klimaat is ook als er aan de doelstellingen van de organisatie of de cliënt wordt gewerkt. Voor het waarborgen van een veilig werk- en leefklimaat moet MZN voor de juiste omstandigheden zorgen waarin professionals hun werk optimaal kunnen uitvoeren.

Voor een gezond werkklimaat is het belangrijk om gezamenlijk te reflecteren op de gang van zaken. Momenten van reflectie komen terug in ontwikkelgesprekken, intervisies en teamoverleggen. Verder is het voor een goed klimaat van belang dat veiligheid en transparante communicatie wordt gewaarborgd. Binnen de organisatie zijn er verschillende personen en teams waar medewerkers naartoe kunnen stappen in geval zij behoefte hebben om met iemand te praten, zoals een collegiaal opvangteam of vertrouwenspersonen (intern en extern). In sommige gevallen zetten wij onze consulaire psychiater of GZ-psycholoog in.

Door deze aanpak tracht MZN een werkomgeving te creëren waarin niet alleen de professionele ontwikkeling wordt gestimuleerd, maar waar ook aandacht is voor het welzijn van het team. Dit alles draagt bij aan een gezond werkklimaat waarin medewerkers zich positief ontwikkelen en samenwerken in een sfeer van onderling begrip en ondersteuning.

2.2 Kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem

MZN heeft een overkoepelende planning om het kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem te waarborgen en door te ontwikkelen naar de geldende normen en voorwaarden. Diverse activiteiten worden systematisch gepland en de behaalde resultaten nauwkeurig vastgelegd. De directie van Mutatio Zorg Nederland B.V. evalueert periodiek de voortgang van activiteiten en de behaalde resultaten. Hierbij worden verschillende instrumenten gebruikt, waaronder het cliënten-tevredenheidsonderzoek, het medewerkerstevredenheidsonderzoek, casuïstiek overleggen en de audits.

MZN is gecertificeerd volgens de ISO9001-norm en ondergaat jaarlijks audits om te verifiëren of er conform deze geldende kwaliteitsnormen wordt gewerkt. De organisatie heeft de PDCA-methode volledig geïntegreerd in haar werkwijze. Geïdentificeerde verbeterpunten uit audits en andere analyses worden zorgvuldig geregistreerd, waarbij de voortgang ervan besproken en gemonitord wordt tijdens het management-directieoverleg. Wij zijn momenteel bezig met de NEN 7510 certificering, met specifieke aandacht voor het veilig opslaan van cliëntgegevens.

MZN is toegewijd aan continu leren en verbeteren, waarbij feedback verzameld wordt via leveranciersbeoordelingen, ontwikkelgesprekken en klachten. Daarnaast staat het hele jaar door een ideeën box open, waar medewerkers hun suggesties voor de verbetering van de organisatie kunnen delen.

2.3 Visie op goed bestuur, leiderschap, duurzaamheid, toezicht en medezeggenschap

De visie van MZN is helder en wordt consequent gecommuniceerd via onze website en geïnternaliseerd door onze professionals, wat zich weerspiegelt in onze zorgverlening. Wij omarmen de Governance Code Zorg 2022, waarin zeven principes, waaronder toezicht en goed bestuur, zijn verankerd. Daarnaast hanteert onze organisatie een transparant besturingsmodel, waarbij MZN wordt geleid door een bestuurder, gevolgd door het management, HR en de beleidsmedewerkers. Bovendien houdt de Raad van Commissarissen (RvC) toezicht op de Raad van Bestuur (RvB) en houdt de RvB toezicht op directie en het management.

In het kader van duurzaamheid bevindt MZN zich nog in de beginfase, met als eerste stap de ondertekening van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0. Hiermee verplichten wij ons tot het concreet formuleren van doelen en het behalen van resultaten op het gebied van duurzame zorg. MZN heeft diverse toekomstplannen op dit gebied, waaronder het bevorderen van milieuvriendelijk rijden en het beperken van reizen door efficiënte begeleiding op afstand. Momenteel wordt het gebruik van papier zoveel mogelijk geminimaliseerd. Ook is MZN bezig met het vormen van een cliëntenraad met ondersteuning van de LSR. Wij willen in het tweede kwartaal van 2024 starten met cliëntenraad bijeenkomsten.

2.4 Onderzoek en innovatie

MZN onderhoudt nauwe samenwerkingsverbanden met Hogeschool InHolland en maakt regelmatig gebruik van de expertise van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) om kennis en informatie te delen. Daarnaast zet MZN zich in voor innovatie. Wij gaan de kwaliteit van ons EPD-systeem optimaliseren door gebruik te maken van Power-BI. Ook gaan wij rapporteren op afstand of spraakgericht rapporteren mogelijk maken. Dit verbeterde EPD stelt professionals en cliënten in staat om, waar efficiënt mogelijk, gebruik te maken van begeleiding op afstand.

Tegelijkertijd worden de administratieve lasten van de professionals verminderd en de kwaliteit van de begeleiding verhoogd. Bovendien blijft MZN op de hoogte van landelijke ontwikkelingen en wetenschappelijk onderzoek door lidmaatschap van diverse organisaties en deelname aan congressen, zoals de Dag van de Forensische Zorg en ambassadeurschap bij het Kenniscentrum Forensische Zorg (KFZ).

2. Stappen naar het meerjarenplan

In 2024 heeft MZN het plan om een meerjarenplan op te stellen en de eerste twee pijlers van het KKFZ te implementeren. Om dit te realiseren is er een beleidsmedewerker aangesteld die zich specifiek zal richten op het KKFZ en de implementatie ervan. In februari jl. heeft de beleidsmedewerker samen met de directie, de manager bedrijfsvoering, zorgmanager en de opleidingscoördinator een zelfevaluatie uitgevoerd om vast te stellen in hoeverre er al aan het KKFZ wordt voldaan en waar nog verbeterpunten liggen. Deze zelfevaluatie is uitgewerkt in een nulmeting en is terug te vinden in Bijlage 1.

Tevens is er een enquête afgenomen onder begeleiders, casemanagers en gedragsdeskundigen, waarin relevante onderwerpen van pijler 1 tot en met 4 aan bod kwamen. Om meer inzicht te krijgen en diepgaandere gesprekken te voeren, zijn er twee bijeenkomsten georganiseerd met als doel de criteria van pijler 1 en 2 te bespreken. Hierbij werden onderwerpen zoals kennisniveau, veiligheidsprotocollen en voorbereiding op crisissituaties uitgebreid besproken.

Het doel van de zelfevaluatie en de interviews is om een gezamenlijk gesprek te voeren over het KKFZ, zodat dit onderwerp breed binnen de organisatie wordt gedragen en er input wordt verzameld van zowel de directie als het personeel op de werkvloer. Alle verzamelde informatie is gebruikt om dit meerjarenplan op te stellen.

3. Actiepunten per pijler

3.1 Pijler 1- Veiligheid en persoonsgerichte zorg

Binnen MZN is er veel aandacht voor veiligheid en persoonsgerichte zorg. Wij streven naar het voldoen aan de kwaliteitscriteria FZ en hebben verschillende veiligheidsprotocollen. Ook streven wij naar kwalitatieve zorg op maat doormiddel van cultuur-sensitief werken, de inzet van een multidisciplinair team en het onderhouden van een goede samenwerking met (keten) partners.

Voor recidivepreventie voert MZN vooraf een gedegen probleemanalyse, risicotaxatie, delict-analyse en zorgbehoefteanalyse uit, wat de basis vormt van het zorgplan. Hierbij maken wij gebruik van risicotaxatie instrumenten zoals FARE en het RNR-model. Het RNR-model houdt rekening met risico- en criminogene factoren, evenals de responsiviteit van de cliënt. Daarnaast maken wij gebruik van ZRM om de mate van zelfredzaamheid van onze cliënten in te schatten. Criminogene- en beschermende factoren worden bij de intake door de professional uit de lijndiscipline of de GGZ-agoog in kaart gebracht. Ook maakt MZN een (vroeg) signaleringsplan bestaande uit risico -en beschermende factoren van de FARE, psychische problematiek en bijbehorende interventies (ter de-escalatie). Dit wordt te allen tijde met de cliënt opgesteld om gezamenlijk inzicht te creëren. De risicotaxatie is gekoppeld aan het zorgplan.

Deze plannen zijn in EPD (ONS Nedap) opgenomen met een resultaatberekening van de FARE. Hierin staat de mate van de recidivekans genoteerd en de daarop in te stellen aanpak. Zo kan de individuele ontwikkellijn (recidivebepaling in combinatie met maatschappelijke autonomie) van een cliënt goed gevolgd worden, tijdig geïntervenieerd worden en samengewerkt worden binnen het ketenveld om de recidive te beperken. Het definitieve zorgplan wordt binnen twee weken na de intake opgesteld met alle cruciale informatie. Het zorgplan wordt om de zes maanden geëvalueerd met de cliënt. Elke zes weken wordt er een voortgangsrapportage gemaakt over de cliënt. De FARE wordt om het half jaar herijkt. De FARE wordt tussentijds herijkt indien er sprake is van een recidive of andere levensingrijpende gebeurtenis, wat impact kan hebben op de risicofactoren.

De doorlooptijden voor het opstellen van alle bovengenoemde analyses en plannen zijn haalbaar omdat MZN gebruik maakt van gestandaardiseerde en beproefde instrumenten zoals FARE, het RNR-model en ZRM. Deze tools zijn specifiek ontworpen om efficiënt en effectief risicofactoren en zorgbehoeften in kaart te brengen, wat het proces aanzienlijk versnelt. Bovendien zorgt de training en expertise van de professionals binnen MZN ervoor dat zij snel en accuraat de benodigde informatie kunnen verzamelen en analyseren, wat bijdraagt aan de haalbaarheid van de gestelde doorlooptijden. Het gebruik van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) stroomlijnt de documentatie en samenwerking, waardoor tijdig interventies kunnen worden ingepland en uitgevoerd.

Er is echter ruimte voor verbetering. Hoewel bij incidenten altijd adequaat en succesvol wordt gereageerd willen wij dat het thema veiligheid vaker het onderwerp van gesprek wordt zodat het onder aandacht blijft. Wij richten ons hierbij op veiligheid tijdens en buiten de contacturen met onze

cliënten. Dit zal onder andere worden bereikt door middel van intervisies, waarin wij met ons team samenwerken om bewustwording en effectieve aanpakken op het gebied van veiligheid te bespreken en te implementeren. In het geval van incidenten met cliënten, gaan wij niet alleen MIC-meldingen maken, maar ook deze incidenten evalueren. Op deze manier kunnen wij lessen trekken uit de situatie en strategieën ontwikkelen om toekomstige risico's te minimaliseren. Deze evaluaties zullen een integraal onderdeel worden van onze continue verbetercyclus.

In het kader van risicomanagement gaan onze professionals een verdiepingscursus signaleringsplan opstellen en toepassend aanbieden. Daarnaast zullen wij ook veiligheidsplannen ontwikkelen voor situaties met een hoog risico op recidive. Deze plannen worden samen met het zorgplan (gebaseerd op de FARE) leidend voor de zorgverlening. Tot slot wordt binnen MZN gebruik gemaakt van het Vier-Fasen-Model voor de zorgverlening van een cliënt. Om de effectiviteit van ons huidig Vier-Fasen-Model te waarborgen, hebben wij besloten het te herijken. Dit betekent dat wij de fasen opnieuw zullen evalueren en aanpassingen zullen maken waar nodig, om ervoor te zorgen dat het model volledig aansluit bij de dynamische behoeften van onze cliënten.

3.2 Pijler 2 – Forensische vakmanschap

Het is van essentieel belang dat professionals binnen de Forensische Zorg vakbekwaam zijn en de mogelijkheid hebben om hun vakbekwaamheid te behouden en te ontwikkelen. Bij MZN stimuleren wij de verbetering van vakmanschap door verschillende initiatieven zoals het aanbieden van trainingen en cursussen, het organiseren van intervisies, het uitnodigen van gastprekers en het delen van kennis over de nieuwste (wetenschappelijke) ontwikkelingen. Een aantal voorbeelden hiervan zijn de training risicomangement en de training feedback geven en ontvangen binnen MZN. Wij hebben onze kennis over cultuur-sensitief werken middels een training gedeeld met de reclassering, gemeenten en P.I. Zuyderbos. Daarnaast monitoren wij de individuele voortgang van de forensische leerlijn en voeren wij ontwikkelgesprekken op individueel niveau. Tijdens deze gesprekken bespreken wij samen met de professional welke opleidings- en doorgroeimogelijkheden er zijn.

In 2024 hebben wij als doel om de kennis en vaardigheden verder te verbeteren. Daarom hebben wij een opleidingscoördinator forensische zorg aangesteld. Deze professional is belast met het leiden van initiatieven gericht op het versterken van de forensische expertise binnen het team. Momenteel voert de opleidingscoördinator een uitgebreide inventarisatie uit naar de opleidingswensen en kennisontwikkeling van het personeel. Dit proces is ontworpen om de specifieke behoeften en ambities van de teamleden in kaart te brengen. Door individuele opleidingswensen te identificeren en kennisgebieden te analyseren waar verdere ontwikkeling wenselijk is, zal MZN in staat zijn om gerichte trainingsprogramma's en educatieve kansen aan te bieden met oog op het implementeren van pijler 2.

3.3 Pijler 3 – Organisatie van de zorg

De organisatie van zorg is binnen MZN goed geregeld en voldoet aan de meeste kwaliteitsaspecten van pijler 3. Wel is geconcludeerd dat er meer diepgang besteed moet worden aan het thema veiligheid. Dit is onder pijler 2 reeds beschreven. Voor 2024 staat het monitoren van deze protocollen in de planning aan de hand van een medewerkers enquête en interviews bij een focusgroep. Naderhand zullen verdere activiteiten worden bepaald. Verder gaan wij per 2024 de CTO's en kwaliteitsjaarverslagen publiceren op de website en daarmee meer transparant zijn in informatieverstrekking aan de maatschappij en andere stakeholders. MZN heeft ten aanzien van innovatie en duurzaamheid verschillende plannen gemaakt, onder andere het opstellen van een CO2 routekaart voor 2025 en beperken van reizen. Ook is er ambitie om bij te dragen aan wetenschappelijke kennis door onderzoek uit te voeren. Tot slot, zullen wij in het derde kwartaal van 2024 beginnen met het oprichten van een cliëntenraad, waarbij wij ondersteuning en advies zullen ontvangen van het LSR.

3.4 Pijler 4 – Samenwerken

MZN is, ondanks het zijn van een kleine organisatie, altijd actief op zoek naar netwerken en samenwerkingen. Wij proberen de lijntjes kort te houden ter bevordering van de samenwerking in de zorg en de kwaliteit van de zorg. Momenteel werken wij samen met de volgende partners: Zorg- en Veiligheidshuis, Stichting MEE, cliëntondersteuning, vrijwilligersorganisaties, wijkagenten (politie), Centrum Jeugd & Gezin, gemeentelijke units (Nazorg detentie), wijkteams, Openbare Orde & Veiligheid, huisartsen, reclassering (3RO), Veilig Thuis, GGZ instellingen, Forensische klinieken, Jeugdbescherming, Penitentiaire Instellingen, Van den Bosse Bewindvoeringen, Schroeder van der Kolk dagbesteding, Mevis en Timon. Hoewel sommige van deze samenwerkingen formeel zijn, zijn andere dat niet. Wij willen een start maken met het formaliseren van de samenwerking tussen reclassering, cliënt, en begeleiders middels een driepartijenovereenkomst.

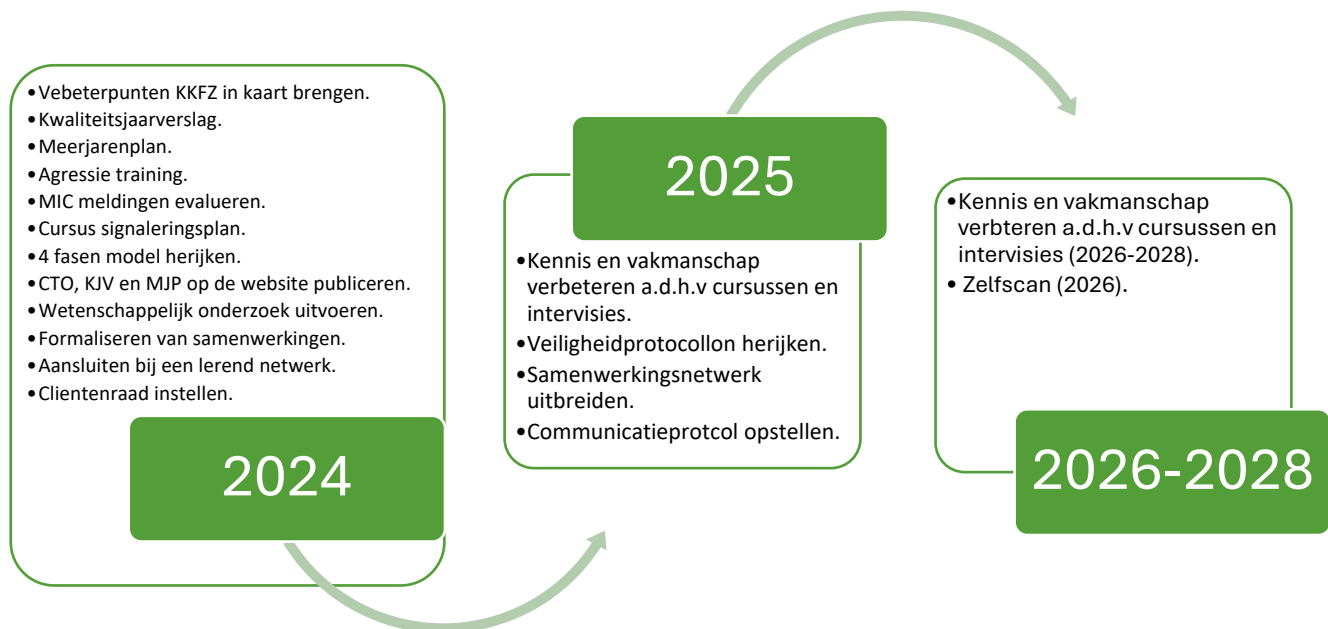
Wij streven ernaar om in 2024 onze samenwerkingsnetwerken uit te breiden naar onderwijsinstellingen en meer dagbesteding aanbieders. Bovendien zijn wij van plan om actief op zoek te gaan naar een lerend netwerk van organisaties die vergelijkbare zorg bieden. Aan de hand van dit netwerk willen wij ideeën uitwisselen over het werkveld en KKFZ. MZN werkt ook aan een schriftelijk communicatieprotocol waarin verantwoordelijkheden duidelijk beschreven staan ten aanzien van de communicatie met de wijk, instanties, gemeente(n), de samenleving, de media, et cetera.

4. Werkwijze implementatie KKFZ en monitoring.

Zoals eerder beschreven zijn wij in 2024 gestart met het KKFZ. Om de mate waarin MZN voldoet aan het KKFZ te beoordelen, hebben wij verschillende stappen genomen, waarbij wij organisatie breed de kwaliteitsaspecten en thema's uit het KKFZ hebben geanalyseerd. Wij begrijpen dat het KKFZ een proces is van voortdurende reflectie, analyse en verbetering. Ook is het KKFZ een duidelijk kader waarin MZN goed haar beleid kan vormen. Daarom hebben wij ervoor gekozen om een realistische planning van twee jaar te maken, rekening houdend met mogelijke veranderingen. Voortdurend reflecteren, leren en beleid ontwikkelen past bij MZN.

De modus operandi van het implementeren van het KKFZ bestaat uit om de twee jaar acties beleggen bij actiehouders. Deze actiehouders stellen concrete plannen op voor de uitvoering van de acties. De beleidsadviseur is verantwoordelijk voor het monitoren van deze acties, wat inhoudt dat zij samen met de actiehouders een plan opstelt, de voortgang van dit plan cyclisch bewaakt en deelneemt aan EFP-bijeenkomsten. Wij hebben ervoor gekozen om elke twee jaar een planning te maken en na deze periode weer een zelfscan uit te voeren, waaruit opnieuw acties zullen voortkomen. Op deze manier houden wij ook rekening met mogelijke veranderingen in het KKFZ zelf en ons eigen beleid.

5. Planning



Figuur 1 - Planning

Bijlage 1: Nulmeting in 2024

Pijler	Beschrijving pijler	Nummer	Letter	Kwaliteitsaspecten uit het Kwaliteitskader Forensische Zorg	Stand van zaken in februari 2024 (0 meting)
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.1	a	a)De behandeling/begeleiding is primair gericht op reductie van recidiverisico. i)Binnen de klinische en ambulante behandel setting wordt gewerkt met een model gericht op recidivereductie, zoals bijvoorbeeld het Risk-Need-Responsivity (RNR) principe. Daarnaast wordt hierbij gebruik gemaakt van principes van kracht- en herstelgerichte zorg. ii)Voor alle ambulante begeleiding en alle verblijfszorg (begeleid wonen) wordt in ieder geval gebruik gemaakt van principes van kracht- en herstelgerichte zorg, waarbij begeleiders de risicofactoren betrekken in hun begeleiding.	ja
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.1	b	b)Wanneer veiligheid en persoonsgerichte zorg in tegenspraak zijn met elkaar, weegt veiligheid zwaarder in de afweging.	ja
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.1	c	c)De patiënt/cliënt heeft (naar vermogen en rekening houdend met eventuele (verstandelijke) beperkingen) een actieve inbreng en eigen verantwoordelijkheid bij het opstellen en uitvoeren van het behandelplan en het behalen van afgesproken doelen. De organisatie stimuleert dit, onder andere door patiënt/cliënt goed te informeren.	ja
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.1	d	d)Professionals werken aan een veilige en betrouwbare professionele relatie met de patiënt/cliënt. Dit draagt bij aan de motivatie van patiënt/cliënt en de professional creëert binnen het contact voldoende veiligheid waarin de patiënt/cliënt kritisch naar zichzelf kan kijken en nieuw gedrag kan aanleren. Dit is essentieel om tot een geslaagde behandeling/begeleiding te kunnen komen.	ja

1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.1	e	e)De autonomie van de patiënt/cliënt wordt zo lang mogelijk en zo goed mogelijk gewaarborgd. Onvrijwillige zorg wordt zo min mogelijk ingezet. Wanneer wel nodig, dan wordt inzet van onvrijwillige zorg multidisciplinair afgewogen op doelmatigheid, proportionaliteit, subsidiariteit en veiligheid.	ja
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.2	a	a)Voor iedere patiënt/cliënt wordt een risicotaxatie uitgevoerd middels een erkend instrument. Op basis van de uitkomsten wordt, waar geïndiceerd of waar nodig, een (vroeg)signaleringsplan opgesteld. Risicotaxatie en een signaleringsplan (en waar van toepassing een terugvalpreventieplan) vormen een integraal onderdeel van het behandelplan/begeleidingsplan.	ja
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.2	b	b) De delictanalyse wordt voor alle patiënten/cliënten binnen de Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's) ingezet. Voor de Overige Forensische Zorg (OFZ) geldt dat de organisatie beleid heeft bij welke patiënten/cliënten men wel of geen en wanneer een delictanalyse inzet. Het behandelplan wordt mede opgesteld naar aanleiding van de, indien afgenomen, delictanalyse. Voor de delictanalyse wordt gebruik gemaakt van de methode die onder het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) is ontwikkeld.	n.v.t ambulante forensische begeleiding
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.3	a	a)Het behandelplan/begeleidingsplan wordt multidisciplinair en zoveel mogelijk in samenspraak met de patiënt/cliënt en waar mogelijk reclassering opgesteld, geëvalueerd en bijgesteld. Het behandelplan/begeleidingsplan is een dynamisch document dat wordt bijgesteld wanneer dat nodig is. Minimaal halfjaarlijks wordt het plan volledig geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Dit gebeurt vaker wanneer de situatie daarom vraagt. Indien de vervolgorrganisatie al in beeld is sluit deze aan bij deze besprekingen.	ja

1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.3	b	b)Met het opstellen van het behandelplan/begeleidingsplan wordt zo snel mogelijk gestart na het eerste contact met de patiënt/cliënt. Een eerste definitieve versie van het behandelplan/begeleidingsplan wordt afgerond na de observatieperiode/kennismakingsperiode en is bij voorkeur binnen zes weken en uiterlijk binnen drie maanden na intake gereed. Wanneer nog niet alle informatie compleet is, is in het plan opgenomen hoe hiertoe te komen en wordt aanvullende informatie op een later moment aan het dynamische document toegevoegd.	ja
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.3	c	c)De eerste definitieve versie van het behandelplan/begeleidingsplan wordt opgesteld op basis van delictanalyse (indien beschikbaar), de risicotaxatie (indien beschikbaar), de beschermende factoren , de eisen van de rechter/reclassering en stoornis-specifieke diagnostiek. Daarnaast is het behandelplan/begeleidingsplan afgestemd op iemands persoonlijke behoeften, krachten, kwetsbaarheden, wensen en voorkeuren.	ja
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.3	d	d)Het behandelplan/begeleidingsplan bevat (SMART) doelen met helder beschreven doorlooptijden, waaronder het beoogde einddoel. Deze zijn te allen tijde transparant voor de patiënt/cliënt. De professional en de patiënt/cliënt zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het halen van de doelen en de doorlooptijden.	ja

Pijler	Beschrijving pijler	Nummer	Letter	Kwaliteitsaspecten uit het Kwaliteitskader Forensische Zorg	Stand van zaken in februari 2024 (0 meting)
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.3	e	e)Professionals sluiten in het behandelplan/begeleidingsplan aan bij de belevingswereld binnen de sociale context en vaardigheden van de patiënt/cliënt. Van belang is dat de	ja

				patiënt/cliënt zo veel mogelijk geïnformeerd is over waar hij/zij aan toe is, ook als het plan nog opgesteld wordt of nog niet volledig is. De betrokken professionals en de patiënt/cliënt spreken af welke professional het eerste aanspreekpunt is voor de patiënt/cliënt en wie de patiënt/cliënt dus ook informeert.	
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.3	f	f)De organisatie heeft beleid ten aanzien van anderstaligen.	ja
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.4	a	a)De behandelaren/begeleiders verzamelen in de eerste 24 uur (gerekend vanaf het eerste contact met de patiënt/cliënt) de meest cruciale informatie over de patiënt/cliënt (o.a. kritische informatie over bijvoorbeeld medicatiegebruik). De behandelaren/begeleiders zorgen ervoor dat deze informatie toegankelijk is voor alle andere betrokken behandelaren/begeleiders binnen de eigen organisatie. Dat mag in een voorlopig behandelplan/begeleidingsplan, of op een andere manier in het dossier.	ja
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.4	b	b)De behandelaren/begeleiders rapporteren in het dossier van de patiënt/cliënt op de gestelde doelen in het behandelplan/begeleidingsplan.	ja
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.4	c	c)De organisatie heeft afspraken vastgelegd over wie onder welke voorwaarden inzage heeft in het dossier van de patiënt/cliënt en onder welke voorwaarden het dossier gedeeld mag worden (zowel intern als extern).	ja
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.4	d	d)De patiënt/cliënt wordt zo veel mogelijk betrokken bij het opstellen van periodieke (voortgangs-)rapportages over de behandeling/begeleiding.	ja
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.4	e	e)De patiënt/cliënt heeft recht op inzage in zijn/haar eigen dossier. De hiervoor opgestelde procedures zijn vastgesteld.	ja

1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.5	a	a)De behandeling/begeleiding is erop gericht om samen met de patiënt/cliënt zijn/haar omgeving zo in te richten dat hij/zij zich staande kan houden in de maatschappij. Het kan gaan om het betrekken van een bestaand (prosociaal) netwerk, het creëren van een nieuw netwerk en leren om weerbaarder te worden tegen eventuele negatieve invloeden. Er wordt gestreefd naar het hoogst haalbare in het betrekken van naasten met respect voor de wensen van de patiënt/cliënt en de naasten.	ja
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.5	b	b)Naasten, en andere relevante systeemleden, van de patiënt/cliënt krijgen (tenzij er geen toestemming is van de patiënt/cliënt) uitleg over: i)De problematiek. ii) De behandeling/ begeleiding. iii) De afspraken omtrent bezoek.	ja
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.5	c	c)Naasten van de patiënt/cliënt krijgen (tenzij zij zelf anders beslissen) uitleg en informatie over: i)Het forensische zorgsysteem. ii)Algemene informatie over (de gevolgen van) licht verstandelijke beperkingen, psychiatrische – en verslavingsproblematiek. iii)Adviezen om zelf ondersteuning te krijgen (familieverenigingen en (eventueel) familie-ervaringsdeskundigen).	deels
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.5	d	d)Gezien het grote belang van de invloed van het netwerk, wordt de patiënt/cliënt actief gemotiveerd om toestemming te geven zijn naasten te betrekken.	ja
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.6	a	a)Risicomanagement is leidend bij het op- en afschalen.	ja
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.6	b	b)Op- en afschalen gebeurt afhankelijk van het (risicovol) gedrag en de bevindingen van het team van behandelaren/begeleiders, gebaseerd op rapportage en dossiervoering, inzichtelijk voor de patiënt/cliënt.	ja

1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.1.6	c	c)In reguliere situaties wordt in het multidisciplinair overleg (MDO) besloten wanneer het traject afgeschaald dan wel opgeschaald dient te worden (binnen de juridische kaders). In crisissituaties handelen de professionals naar bevinden. Deze beslissing wordt geïnitieerd door het behandelteam en de behandelaar. Waar nodig vindt hierover overleg plaats met de reclassering, toezichthouder en wettelijk vertegenwoordiger (indien van toepassing).	ja
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.2.7	a	a)Binnen de Klinische Forensische zorg wordt het veiligheidsmanagement afgestemd op en (waar sprake is van beveiligingsniveaus) ingepast binnen het geldende beveiligingsniveau.	n.v.t ambulante forensische begeleiding

Pijler	Beschrijving pijler	Nummer	Letter	Kwaliteitsaspecten uit het Kwaliteitskader Forensische Zorg.	Stand van zaken in februari 2024 (0 meting)
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.2.7	b	b)Binnen de Ambulante setting is het nodig om met een veiligheidsplan te werken als er sprake is van een hoge kans op recidive (eventueel veroorzaakt door acute risicofactoren), indien mogelijk met betrokkenheid van systeemleden.	nee
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.2.8	a	a)In de klinische- en verblijfssetting is de patiënt/cliënt voor het grootste deel van de week in zijn/haar eigen verblijf of op de groep. Professionals op de groep leveren vanuit hun handelen een bijdrage aan de behandeling en begeleiding van de patiënt/cliënt.	n.v.t ambulante forensische begeleiding
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.2.8	b	b)Binnen de klinische setting zijn sociotherapeuten op de afdeling en behandelaren op de hoogte van gezamenlijke leerdoelen van patiënten/cliënten en afspraken. Richting de patiënt/cliënt gebruiken zij zo veel mogelijk dezelfde taal en dezelfde boodschap. Verslaglegging is gericht op de beschreven doelen en risicofactoren, zoals benoemd in het	n.v.t ambulante forensische begeleiding

1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.2.8	c	c) Binnen de verblijfssetting is het voor begeleiders op de afdeling noodzakelijk dat zij allen op de hoogte zijn van de begeleidingsdoelen en dat zij de behandeldoelen kennen zoals die in het behandelplan van de behandelaar (vaak vanuit een andere organisatie) geformuleerd zijn. Deze zijn zo goed mogelijk op elkaar afgestemd.	n.v.t ambulante forensische begeleiding
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.2.8	d	d) Sensitiviteit en transparantie van behandelaars/begeleiders zorgt voor aansluiting bij de patiënt/cliënt en draagt daarmee bij aan het creëren van een leefklimaat dat ondersteunend is aan de behandel-/begeleidingsdoelen.	n.v.t ambulante forensische begeleiding
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.2.8	e	e) Het leefklimaat biedt ruimte aan een zinvolle dagbesteding en aandacht voor fysiek en psychisch welbevinden.	n.v.t ambulante forensische begeleiding
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.2.9	a	a) De organisatie heeft voor de beveiligingsniveaus die zij aanbiedt een beleid voor het toekennen van vrijheden en verlopen vertaald naar praktische handvatten voor professionals en in begrijpelijke taal voor de patiënt/cliënt. Bijvoorbeeld afspraken over wat al dan niet multidisciplinair besloten moet worden alsmede het al dan niet inzetten van een onafhankelijke commissie voor het toekennen van vrijheden en verlopen.	n.v.t ambulante forensische begeleiding
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.2.9	b	b) De behandelaar stelt samen met de patiënt/cliënt en eventueel de reclassering een verloopplan op dat aansluit bij de behandeldoelen en het risicoprofiel van de patiënt/cliënt. De patiënt/cliënt wordt gestimuleerd om, waar mogelijk binnen zijn/haar capaciteiten, zelf in het verloopplan eventuele risicofactoren aan te geven en interventies te formuleren.	n.v.t ambulante forensische begeleiding
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.2.9	c	c) Bij het toekennen van verloop is er oog voor de positie van het slachtoffer van het delict, indien er een slachtoffer is gemaakt door de dader. Ofwel doordat er slachtofferonderzoek wordt	n.v.t ambulante forensische begeleiding

				uitgevoerd, ofwel dat hierover informatie wordt ingewonnen bij netwerkpartners. De uitkomsten worden meegewogen in de voorwaarden voor het verlot.	
--	--	--	--	--	--

1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.2.9	d	d)Verlofregelingen worden per casus voorafgaand aan inwerkingtreding met betrokken netwerkpartners en de directe naasten (binnen de geldende wet- en regelgeving) besproken.	n.v.t ambulante forensische begeleiding
1	Veiligheid en persoonsgerichte zorg	3.2.9	e	e)Het verlot wordt voor- en nabesproken met de patiënt/cliënt.	n.v.t ambulante forensische begeleiding
2	Forensisch vakmanschap	4.1.1	a	a)Professionals gaan respectvol om met patiënten/cliënten, zowel in verbale als non-verbale communicatie.	ja
2	Forensisch vakmanschap	4.1.1	b	b)In de relatie met de patiënt/cliënt werkt de professional toe naar een functionele vertrouwensrelatie, enerzijds door eigen betrouwbaar gedrag te tonen, en anderzijds door het stimuleren van eigen verantwoordelijkheid bij de patiënt/cliënt.	ja
2	Forensisch vakmanschap	4.1.1	c	c)Professionals zetten in op het motiveren en opbouwend beïnvloeden van patiënten/cliënten en zoeken daarbij aansluiting op de ervarings- en belevingswereld binnen de sociale context van de patiënt/cliënt.	ja
2	Forensisch vakmanschap	4.1.1	d	d)Professionals zijn zich bewust van hun eigen normen en waarden en zij kunnen deze professioneel hanteren. Professionals kunnen reflecteren op eigen gedrag en ervaringen en zij zijn in staat om dit bespreekbaar maken.	ja
2	Forensisch vakmanschap	4.1.2	a	a)Om tot een optimaal behandel- en/ofja begeleidingsresultaat te komen, werken zorgprofessionals per setting volgens de daar geldende methoden, modules en richtlijnen, zo veel als mogelijk 'evidence- based', dan wel volgens 'good clinical practice' en, waar mogelijk, volgens de laatste (wetenschappelijke) inzichten in relatie	ja

				tot de doelgroep. De zorgstandaarden en generieke modules die bij het ZiNL gedeponereerd zijn geven de richting en zijn de basis voor de Forensische Zorg.	
2	Forensisch vakmanschap	4.1.2	b	b)De professional handelt in lijn met de voor de sector beschikbare (zorg)standaarden en multidisciplinaire richtlijnen. Wanneer de professional daarvan afwijkt, motiveert hij/zij dit zorgvuldig met behulp van door de sector en/of professie erkende argumenten.	ja
2	Forensisch vakmanschap	4.1.3	a	a)Binnen de Forensische Zorg wordt bij voorkeur gewerkt in een multidisciplinair team, waarbij iedereen, vanuit zijn/haar eigen professie, een bijdrage levert aan het eindresultaat.	ja

Pijler	Beschrijving pijler	Nummer	Letter	Kwaliteitsaspecten uit het Kwaliteitskader Forensische Zorg.	Stand van zaken in februari 2024 (0 meting)
2	Forensisch vakmanschap	4.1.3	b	b)Afstemming en samenwerking is de regel, en men kan in vertrouwen elkaar aanspreken op gemaakte afspraken.	ja
2	Forensisch vakmanschap	4.1.3	c	c)De organisatie heeft een visie en beleid over hoe geschoolde ervaringsdeskundigen ingezet worden binnen de Forensische Zorg, waarin antwoord wordt gegeven op vraagstukken zoals opleiding, positionering, verklaring omtrent gedrag (VOG) problematiek, rechten en plichten. Wanneer ervaringsdeskundigen worden ingezet zijn zij onderdeel van het multidisciplinair behandel-/begeleidingsteam.	nee
2	Forensisch vakmanschap	4.1.4	a	a)De professional houdt zich aan vakinhoudelijke standaarden, zoals methodieken, gevalideerde instrumenten en richtlijnen.	ja
2	Forensisch vakmanschap	4.1.4	b	b)De professional houdt zich aan de voor zijn/haar beroep geldende beroepsethische normen, onder	ja

				andere vastgelegd in de beroepscode (o.a. NIP, BPSW, V&VN, NVvP) en verrijkt/aangevuld in jurisprudentie vanuit het tuchtrecht.	
2	Forensisch vakmanschap	4.1.4	c	c)De professional houdt zich aan de binnen de organisatie geldende gedragscodes en kwaliteitsdocumenten (zoals zorgprogrammering) die in de sector of branche ontwikkeld zijn.	ja
2	Forensisch vakmanschap	4.1.5	a	a)Professionals onderhouden hun vakkennis op basis van de vastgestelde competenties en leerdoelen, zoals ontwikkeld binnen het Programma Forensisch Vakmanschap .	ja
2	Forensisch vakmanschap	4.1.5	b	b)De professionals, voor wie dat van toepassing is, staan ingeschreven in het kwaliteitsregister van hun beroepsgroep, houden accreditatiepunten bij indien vereist vanuit hun titel en hebben indien van toepassing een geldige BIG-registratie.	ja
2	Forensisch vakmanschap	4.1.5	c	c)Professionals leren en ontwikkelen van en met elkaar. Bijvoorbeeld door middel van feedback, casuïstiekbespreking, supervisie, intervisie, (team-)reflectie, werkbegeleiding en scholing.	ja
2	Forensisch vakmanschap	4.1.5	d	d)Professionals bewaken de grenzen van hun vakbekwaamheid. Wanneer die grens bereikt is, zorgen ze dat ze nauw samenwerken met een voor de handeling/taak bekwaame collega/partner.	ja
2	Forensisch vakmanschap	4.1.5	e	e)Professionals zijn in beginsel verantwoordelijk voor hun eigen handelen.	ja
2	Forensisch vakmanschap	4.1.5	f	f)Professionals die nog in opleiding en/of niet volledig vakbekwaam zijn, worden begeleid door een bevoegde en bekwaame professional.	ja
2	Forensisch vakmanschap	4.1.5	g	g)Het is de verantwoordelijkheid van de bekwaame professional om de nog niet volledig bekwaame professional adequaat te begeleiden en te ondersteunen.	ja

2	Forensisch vakmanschap	4.1.6	a	a)De organisatie zorgt dat voor iedere professional voldoende tijd en ruimte is om te leren en zich te ontwikkelen. De organisatie creëert hiervoor een cultuur die leren en reflecteren stimuleert en waar professionals zich ten opzichte van elkaar kwetsbaar kunnen opstellen.	deels
2	Forensisch vakmanschap	4.1.6	b	b)De organisatie heeft een actueel beleid voor vakmanschap ontwikkeling en scholing van professionals met bijbehorend budget en een daarop passend plan (desgewenst als integraal onderdeel van het jaarplan). De organisatie baseert zich hierbij op de uitgangspunten van het Programma Forensisch Vakmanschap en zet zich aantoonbaar in om de gestelde doelen te behalen.	deels
2	Forensisch vakmanschap	4.1.6	c	c)Voor organisaties die naast Forensische Zorg ook andere typen dienstverlening hebben, is het van belang dat zij op het gebied van forensische aspecten hun professionals ontwikkelen.	n.v.t ambulante forensische begeleiding
2	Forensisch vakmanschap	4.1.7	a	a)Nieuwe medewerkers krijgen bij indiensttreding een inwerkprogramma, zodat zij bekwaamheid in de Forensische Zorg kunnen opbouwen.	ja
2	Forensisch vakmanschap	4.1.7	b	b)De organisatie creëert en behoudt opleidingsplaatsen, stageplaatsen, leerwerkplaatsen, plaatsen voor (zij-)instromers, en samenwerking met ROC's, hogescholen en universiteiten.	deels
2	Forensisch vakmanschap	4.1.7	c	c)De organisatie heeft voldoende ontwikkelingsmogelijkheden voor forensische professionals.	ja
2	Forensisch vakmanschap	4.1.7	d	d)De organisatie draagt bij aan de gezamenlijke arbeidsmarktaanpak zoals ontwikkeld door de Taskforce Forensische Zorg.	nee
3	Organisatie van zorg	5.1.1	a	a)Professionals voelen zich veilig en ondersteund door hun team en de organisatie waar zij werkzaam voor zijn. Er is aandacht voor intervisie, reflectie en verandering.	ja

3	Organisatie van zorg	5.1.1	b	b)Bij incidenten gericht op de professional voelt deze zich ondersteund door de organisatie.	ja
---	----------------------	-------	---	--	----

Pijler	Beschrijving pijler	Nummer	Letter	Kwaliteitsaspecten uit het Kwaliteitskader Forensische Zorg.	Stand van zaken in februari 2024 (0 meting)
3	Organisatie van zorg	5.1.1	c	c)De veiligheidsprotocollen zijn bekend bij de professionals, worden toegepast en worden open en kritisch besproken.	ja
3	Organisatie van zorg	5.1.2	a	a)De organisatie heeft een aanpak gericht op het continu kunnen ontwikkelen en borgen van de kwaliteit van dienstverlening. Zaken zoals een plan-do-check-act-cyclus (PDCA), normeren, meten (door bijvoorbeeld audits), herontwerpen en verbeteren, ondersteunen deze aanpak.	ja
3	Organisatie van zorg	5.1.2	b	b)De organisatie faciliteert het continu leren en gestructureerd ontwikkelen en verbeteren van de praktijk.	ja
3	Organisatie van zorg	5.1.2	c	c)De organisatie werkt aan het verbeteren van processen met als doel een verbetering van efficiëntie, effectiviteit en doelmatigheid.	ja
3	Organisatie van zorg	5.1.2	d	d)De organisatie is een lerende organisatie, waarin ervaringen van patiënten/cliënten/naasten en professionals worden meegenomen in de analyse en het verbeteren van de uitvoering.	ja
3	Organisatie van zorg	5.1.2	e	e)Resultaten van de tevredenheids- en/of ervaringsmetingen zijn vindbaar voor patiënten/cliënten (en hun naasten) (bijvoorbeeld door publicatie in kwaliteitsverslag en/of op website) en worden met de betreffende professionals besproken	nee

				(zowel uitkomsten van tevredenheids- en/of ervaringsonderzoeken onder patiënten/cliënten/naasten als tevredenheids- en ervaringsonderzoeken onder professionals) .	
3	Organisatie van zorg	5.1.2	f	f)De organisatie stimuleert het bespreken en leren van incidenten, calamiteiten en bijzondere voorvallen. Daarnaast doet zij indien nodig melding bij de betreffende toezichthouder en is er nazorg voor professionals beschikbaar die te maken hebben gehad met incidenten, calamiteiten en bijzondere voorvallen.	ja
3	Organisatie van zorg	5.1.2	g	g)De organisatie toetst jaarlijks de werking van het kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem. Voorbeelden van instrumenten hiervoor zijn: directie- of systeembeoordeling, kwaliteitsvisitaties en/of een kwaliteitscertificering.	ja
3	Organisatie van zorg	5.1.3	a	a)De organisatie beschikt over een transparante visie, draagt dit uit en ondersteunt de professionals in het werken conform deze visie. De organisatie bepaalt op basis van de visie de doelen.	ja
3	Organisatie van zorg	5.1.3	b	b)De organisatie heeft een transparant besturingsmodel waarvan de werking jaarlijks wordt getoetst, bijvoorbeeld door middel van een directie- of systeembeoordeling.	ja
3	Organisatie van zorg	5.1.3	c	c)De organisatie draagt samen met de professionals bij aan het verminderen van administratieve lasten.	ja
3	Organisatie van zorg	5.1.3	d	d)De organisatie heeft een visie op hoe zij invulling willen geven aan duurzaamheid binnen de organisatie.	ja
3	Organisatie van zorg	5.1.3	e	e)De organisatie heeft een professioneel statuut.	ja

3	Organisatie van zorg	5.1.3	f	f)De organisatie werkt volgens de afspraken van de geldende Governancecode Zorg.	ja
3	Organisatie van zorg	5.1.3	g	g)De organisatie heeft, indien de organisatie ook andere typen dienstverlening heeft, binnen a t/m e binnen dit kwaliteitsaspect specifiek aandacht voor de Forensische Zorg.	n.v.t ambulante forensische begeleiding
3	Organisatie van zorg	5.1.4	a	a)Landelijke ontwikkelingen en wetenschappelijk onderzoek worden gevolgd en, na afweging en waar mogelijk, geïmplementeerd. Hierbij wordt aansluiting gezocht met bijvoorbeeld collega-instellingen, het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), universiteiten, lectoraten, Hbo-instellingen, het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) en KFZ, om onder andere het delen van kennis en informatie te bewerkstelligen.	mee bezig
3	Organisatie van zorg	5.1.4	b	b)Waar mogelijk voert de organisatie zelf wetenschappelijk onderzoek uit op het gebied van de Forensische Zorg.	mee bezig
3	Organisatie van zorg	5.1.4	c	c)De organisatie zoekt actief naar mogelijkheden om te innoveren, bijvoorbeeld door middel van leren van data, eHealth en technologie.	mee bezig
3	Organisatie van zorg	5.1.5	a	a)Iedere organisatie heeft conform de geldende wet- en regelgeving de medezeggenschap geregeld voor medewerkers (Ondernemingsraad), medische en professionele staf (bijvoorbeeld verpleegkundige-agogische adviesraad) en patiënten/cliënten (patiënten/cliëntenraad en voor de LVB-doelgroep aangevuld met een verwantenraad).	mee bezig
3	Organisatie van zorg	5.1.5	b	b)Organisaties die naast Forensische Zorg ook andere typen dienstverlening hebben, dragen zorg voor evenredige vertegenwoordiging van betrokkenen vanuit de Forensische Zorg.	n.v.t ambulante forensische begeleiding

4	Samenwerken	6.1.1	a	a)In het geval van stapelzorg wordt door betrokken partijen de coördinerende rol afgesproken en professionals zorgen voor regelmatige afstemming van het behandel- en begeleidingsplan, waarbij men een gezamenlijk signaleringsplan opstelt.	n.v.t ambulante forensische begeleiding
---	-------------	-------	---	---	--

4	Samenwerken	6.1.1	b	b)Overdracht is gericht op continuïteit van zorg met een optimale overdracht van informatie. De patiënt/cliënt is zoveel mogelijk betrokken bij zijn/haar overdracht. Tijdens het proces van overdracht wordt met elkaar afgesproken welke informatie (binnen de wettelijke kaders) wordt uitgewisseld bij de overdracht. Doel is om zorg te dragen voor een doelmatige en veilige zorg en de continuïteit van zorg.	ja
4	Samenwerken	6.1.1	c	c) De organisatie organiseert een "warme" overdracht. Indien mogelijk vindt kennismaking met de vervolgorrganisatie plaats binnen de overdragende organisatie.	ja
4	Samenwerken	6.1.1	d	d)Professionals stemmen inhoud en taal van de overdracht af om behandeling en begeleiding goed op elkaar te laten aansluiten. Waar mogelijk delen de organisaties informatie om dubbel werk te voorkomen (bijvoorbeeld dat de ene organisatie gebruik maakt van de delictanalyse van de andere organisatie en niet opnieuw zelf bij de patiënt/cliënt de delictanalyse gaat uitvoeren).	ja
4	Samenwerken	6.1.1	e	e)De organisatie werkt actief toe naar samenwerkingsverbanden met organisaties buiten de Forensische Zorg.	ja
4	Samenwerken	6.1.1	f	f)Wanneer partijen er samen niet uit komen en problemen ontstaan in de kwaliteit, veiligheid en/of continuïteit	ja

				van zorg, neemt de organisatie contact op met de inkoper binnen DJI om als opdrachtgever mee te denken.	
4	Samenwerken	6.1.1	g	g)Indien reclassering betrokken is: Bij de uitvoering van de zorg wordt de driehoeksverhouding gehanteerd tussen de reclassering, patiënt/cliënt en behandelaren en/of begeleiders, waarbij alle partijen elkaar informeren (binnen de wettelijke kaders). De driepartijenovereenkomst kan als middel worden gebruikt om de samenwerking te formaliseren.	ja
4	Samenwerken	6.1.1	h	h)De organisatie heeft aandacht voor de doelen gericht op uitstroom en nazorg (zoals dagbesteding, financiën, wonen, sociaal netwerk, relatie) en er wordt actie ondernomen om deze doelen na te streven.	ja
4	Samenwerken	6.1.1	i	i)Indien van toepassing heeft de organisatie (met het oog op de continuïteit van zorg) contact met de geëigende partijen zoals reguliere GGZ, zorg, veiligheidshuis en gemeente (bijvoorbeeld over voortzetting van het traject binnen de Wmo) over de voortzetting van trajecten binnen de reguliere zorg bij aflopen van de strafrechtelijke titel.	ja
4	Samenwerken	6.1.2	a	a)De organisatie sluit aan op reeds binnen de sector ontwikkelde (lerende) netwerken en expertisenetwerken (peer reviews) en/of werken actief en aantoonbaar toe naar deelname en/of creëren zelf een lerend netwerk met andere organisaties binnen de forensische keten. De definities en eisen aan de kwaliteitsnetwerken zijn gedefinieerd in de methodiekomschrijving, zie www.kwaliteitsnetwerken.nl .	ja
4	Samenwerken	6.1.2	b	b)De organisatie wisselt periodiek ervaringen uit met de netwerkpartners met als doel om te leren en te ontwikkelen. Transparantie, het delen van informatie, en het elkaar ondersteunen bij moeilijke casussen, stimuleert in gezamenlijkheid leren om	ja

				zo de gehele sector naar een hoger kwaliteitsniveau te brengen.	
4	Samenwerken	6.1.3	a	a)De organisatie voert een actief beleid om de directe omgeving te informeren over haar werkzaamheden en het doel ervan. Voorlichting via website en aan de media hebben als doel om de publieke beeldvorming over de Forensische Zorg te verbeteren en stigmatisering te reduceren. Hierbij wordt zo veel mogelijk in begrijpelijke taal gecommuniceerd en wordt jargon voorkomen.	ja
4	Samenwerken	6.1.3	b	b)De organisatie heeft beleid over samenwerking met maatschappelijke organisaties, zoals: gemeente(n), politie, woningbouwverenigingen, schuldhulpverlening, werkgevers, maatschappelijke opvang organisaties, sportverenigingen, buurtverenigingen, geloofsgemeenschappen, et cetera.	ja
4	Samenwerken	6.1.3	c	c)Binnen de organisatie zijn de verantwoordelijkheden duidelijk beschreven ten aanzien van de communicatie met de wijk, instanties, gemeente(n), de samenleving, de media, et cetera.	nee
5	Informereren over resultaten	7.1.1	a	a)De organisatie stelt het meerjarenplan op in afstemming met een vertegenwoordiging van patiënten/cliënten (eventueel in een patiënten/cliënten- of verwantenraad), en medische en professionele staf (bijvoorbeeld vertegenwoordiging in een verpleegkundig-agogische adviesraad). Daarnaast bespreekt de organisatie het meerjarenplan binnen het lerend netwerk. Doel hiervan is om samen doelen te stellen en te leren.	mee bezig
5	Informereren over resultaten	7.1.1	b	b)Het eerste meerjarenplan is uiterlijk 31-05-2023 gereed.	ja

5	Informereren over resultaten	7.1.2	a	a) Door middel van het kwaliteitsverslag maken organisaties transparant waar ze staan met betrekking tot de implementatie van de kwaliteitsaspecten. Vanuit eigen reflectie, en in afstemming met patiënten/ cliënten (al dan niet via een patiënten/cliënten-/verwantenraad) en medische en professionele staf (bijvoorbeeld via een verpleegkundig-agogische adviesraad), wordt beschreven wat is gerealiseerd en waar de organisatie nog op zal ontwikkelen.	ja
5	Informereren over resultaten	7.1.2	b	b) De organisatie bespreekt het kwaliteitsverslag breed binnen de organisatie en buitende de organisatie in het lerend netwerk. Doel hiervan is dat organisaties een cyclus in gaan waarin continu reflecteren, leren en verbeteren centraal staat. Op deze wijze wordt de lerende dialoog tussen de verschillende belanghebbenden binnen de organisatie en tussen de organisaties gevoed.	mee bezig
5	Informereren over resultaten	7.1.2	c	c) In het kwaliteitsverslag komen minimaal onderstaande onderdelen terug. Wanneer het kwaliteitsverslag integraal onderdeel is van een ander kwaliteits- of jaarverslag, moeten onderstaande onderdelen, voor de geleverde Forensische Zorg herkenbaar en expliciet benoemd worden: i) Visie van de organisatie op het gebied van de Forensische Zorg. ii) Algemene informatie over de geleverde Forensische Zorg: (1) Type Forensische Zorg die de organisatie levert (settings, beveiligingsniveaus). (2) Aantal patiënten/cliënten op peildatum 31 december van het betreffende kalenderjaar. (3) Percentage Forensische Zorg (gefinancierd door DJI) ten opzichte van anders gefinancierde zorg (inclusief vrijwillige Forensische Zorg vallend onder de Zvw) in aantal patiënten/cliënten op 31 december	ja

				<p>van het betreffende kalenderjaar.</p> <p>iii) Voor de pijlers 1 t/m 4 geeft de organisatie in het kwaliteitsverslag een samenvatting van de behaalde resultaten en de huidige stand van zaken. Het beschrijft per pijler minimaal:</p> <p>(1) Een algemeen beeld van de mate waarin de organisatie wel of niet voldoet aan de kwaliteitsaspecten die onder deze pijler in dit Kwaliteitskader genoemd staan.</p> <p>(2) Een reflectie op de behaalde resultaten binnen deze pijler in het kalenderjaar waarover verslaglegging plaatsvindt. Hierbij is aandacht voor de successen en de aandachtspunten. De organisatie reflecteert aan de gestelde doelen in het eigen neerjarenplan (zie kwaliteitsaspect 1 in pijler 5).</p> <p>(3) De ontwikkelpunten voor het komend kalenderjaar binnen de pijler. De binnen de setting afgesproken prestatie-indicatoren krijgen een plek in het jaarverslag. Naast de 'cijfers' geeft de organisatie een kwalitatieve toelichting op de cijfers.</p>	
5	Informereren over resultaten	7.1.2	d	d) Het kwaliteitsverslag is uiterlijk 31 mei van het volgende kalenderjaar gereed. Het eerste kwaliteitsverslag dient gemaakt te worden over kalenderjaar 2021.	ja
5	Informereren over de resultaten	7.1.2	e	a) Het kwaliteitsverslag wordt gepubliceerd, in ieder geval op de website van de organisatie. Hiermee is het kwaliteitsverslag toegankelijk voor iedereen en daarmee wordt in een transparante informatieverstrekking aan de maatschappij en andere stakeholders voorzien. Het kwaliteitsverslag blijft minimaal 5 jaar openbaar toegankelijk.	mee bezig
5	Informereren over de resultaten	7.1.3	n.v.t	3) De organisatie levert indicatoren en gegevens aan volgens de geldende aanleververplichtingen. Het betreft onder andere (en alleen indien voor de setting van toepassing) de prestatie-indicatoren zoals beschreven in de	ja

				Gids prestatie-indicatoren forensische psychiatrie en de doelmatigheidsindicatoren voor de FPC's zoals beschreven in de Handleiding bekostiging en verantwoording van DJI.	
--	--	--	--	--	--