



Trajectindicaties Hand-out met achtergrond informatie Te toetsen in de pilotregio's

13 oktober 2021



Project : de aanleiding

Aanleiding project trajectindicaties

- Er zijn **veel overdrachtmomenten**: dat is niet goed voor de continuïteit van de zorg;
- Er moet vaak **een indicatie** aangevraagd worden: dat zorgt voor administratieve belasting, dit proberen we met trajectindicaties slimmer en administratief arm in te regelen;
- We willen **meer ruimte voor zorgprofessionals** om de forensische behandeling voor de cliënt vorm te geven;
- We willen **meer in trajecten denken** en **meer ketensamenwerking** rondom de cliënt;
- We willen **eerdere betrokkenheid** van de zorgaanbieder in de keten (klinisch, verblijfszorg of ambulant) in het traject.

Opdrachtgever voor het project is de Taskforce Forensische Zorg.

Het Programma Forensische Zorg is nauw betrokken bij de ontwikkeling

Kopgroepen zijn van start ⁽¹⁾

In 2 pilotregio's zijn kopgroepen gestart in Amsterdam en Oost-Nederland

Zij gaan samen de werkwijze in de praktijk brengen en feedback geven op wat beter kan

De informatie op de volgende slides is voor de organisaties in de pilotregio en geeft informatie over de processen, taken, verantwoordelijkheden van de organisaties in deze pilot.

Wat in deze hand-out staat is de nieuwe situatie. Die gaan we in de pilot invoeren. De situatie is voor iedereen nieuw en de pilot is er voor bedoeld dat iedereen leert om zijn eigen rol te pakken en elkaar in de keten daarbij te helpen.



Kopgroepen zijn van start ⁽²⁾

In de pilot wordt casuïstiek geïncorporeerd. Voor deze casussen wordt een trajectindicatie opgesteld. De trajectindicatie, de voortgang ervan en stappen in het traject worden in de pilot gevolgd door de leden van de pilotregio's en periodiek met elkaar besproken. Dit betekent ook dat er snel geschakeld en bijgestuurd kan worden indien nodig.

Samen kijken we of de doelen en stappen van de trajectindicaties inderdaad gehaald worden. Lukt het om meer met elkaar af te stemmen rondom de cliënt? Lukt het om door te stromen op het moment dat de risico's voldoende zijn afgenomen? Is het voor de cliënt fijn om vooraf beter te weten welk traject hij gaat doorlopen? En lukt het om de administratieve handelingen meer te beperken?



Trajectindicatie





Waarom Trajectindicaties: De belangrijkste doelen

Een trajectindicatie is een vooraf gestelde indicatie met daarin het hele traject van de cliënt beschreven, zoals dat op basis van de beschikbare gegevens wordt ingeschat door de indicatiesteller. Zo geeft die trajectindicatie richting aan het traject van de cliënt en kan er op de voortgang worden gestuurd. De belangrijkste te behalen doelen zijn:

1. Er wordt meer behandeld en begeleid in trajecten:

Zo wordt voor de cliënt perspectief geschetst;

In het traject kan gezamenlijk risicomanagement door reclassering en zorgaanbieders beter vormgegeven worden;

Er kan een warme overdracht van de hulpverleningsrelatie plaatsvinden.

2. De ketenregie wordt bevorderd:

Het model bevordert de samenwerking in de keten door overleg te standaardiseren;

Doordat het gehele traject bekend is bij de start kunnen de toekomstige ketenpartners eerder betrokken worden (klinisch, verblijfszorg en ambulante zorg);

Doordat het traject bekend is, kan de zorg beter vooruit worden gepland. Dit bevordert de sturing op de doorstroom en daarmee de wachtlijsten.

3. De administratieve lasten worden waar mogelijk verminderd:

Er is één indicatie voor hele traject;

Er is geen (her)indicatie meer nodig bij andere type zorg, bij een andere zorgaanbieder en bij een ander beveiligingsniveau of zorgintensiteit mits dit type zorg opgenomen is in TI (zie slide 9 en 11)



De trajectindicaties & OFZ-titels

Trajectindicaties worden ingezet voor alle strafrechtelijke titels met uitzondering van TBS met dwang (ongemaximeerd) en artikel 15.5

M.b.t. detentie maatregel artikel 43.4 en ISD zijn aparte afspraken gemaakt (zie *taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden vestigingsdirecteur*)

Vanaf de invoering van het Zorgprestatiemodel worden alle indicaties gesteld in het kader van een zorgtraject. Dit omdat het traject-denken ook binnen het Zorgprestatiemodel centraal staat. Dus ook een enkelvoudige indicatie heet een trajectindicatie.



Het stellen van trajectindicaties

Wie de trajectindicatie stelt is afhankelijk van de start van het traject:

- Klinische start? → NIFP
- Ambulante start? → Reclassering (bij detentietitels: betrokkenheid PMO zie slide 33-37)
- Verblijfszorg als start? → Reclassering (bij detentietitels: betrokkenheid PMO zie slide 33-37)
 - De reclassering kan ook een preventieve crisis- of detoxopname in een verblijfszorg- of ambulant traject opnemen en dus indiceren (maximaal 2x 7 weken)
 - Wanneer een traject start met een crisis- of een detoxopname is dit een klinische start en zal het NIFP indiceren

Een passend traject:

- Alle ketenpartners zijn goed op de hoogte van de zorgmodaliteiten t.a.v. beveiligingsniveau, zorgintensiteit en ZZP ranges
- Daarnaast kunnen zij ervoor kiezen om met een zorgaanbieder afstemming te hebben over het beoogde traject en in hoeverre dat passend lijkt
- De indicerende partij is altijd de uiteindelijke beslisser over de indicatiestelling.

Een klinische trajectindicatie

Het hele traject is geschetst in de trajectindicatie:

- Per stap wordt beschreven hoe lang deze stap duurt, welke zorgintensiteit nodig is (bedletter) en eventueel het beveiligingsniveau;
- Gedurende het traject overleggen reclassering en zorgaanbieder met elkaar of de geïndiceerde zorgintensiteit en beveiligingsniveau passend is, zowel voor klinische zorg als voor de ZZP.

Niet zo zeer de behandelvraag staat centraal maar de criminogene en beschermende factoren, die je wilt beïnvloeden door forensische zorg in te zetten.

De trajectindicatie is geldig over organisatiegrenzen heen: dus er is geen nieuwe indicatiestelling nodig bij overplaatsing

Herindicaties zijn maar zelden nog nodig, zie volgende pagina



A woman with dark hair, wearing a dark jacket over a white t-shirt and dark pants, is walking from left to right in profile against a solid bright yellow background. She is positioned in the lower third of the frame.

Een klinische trajectindicatie

Voor op- en afschalen gedurende het traject is geen nieuwe indicatiestelling nodig. Niet wanneer je intensiever wilt behandelen of begeleiden (bedletters/ZZP) en ook niet wanneer een hoger beveiligingsniveau nodig is voor de cliënt (met uitzondering van niveau 4)

- Dus wanneer er in een trajectindicatie FPA-zorg en ambulante zorg wordt geïndiceerd, maar een FPK is nodig, dan kan dat worden gegeven zonder een nieuwe indicatiestelling. Hetzelfde geldt voor een hogere bedletter: zonder tussenkomst van de indiceerder kan FG-zorg worden geleverd, ook wanneer in de indicatiestelling alleen DE-zorg was opgenomen
- Wanneer je in een trajectindicatie een ander type zorg wilt toevoegen, heb je een nieuwe indicatiestelling nodig. Hiermee bedoelen we bijvoorbeeld dat verblijfszorg nodig is, terwijl dit niet is geïndiceerd in de trajectindicatie. Dan ga je terug naar de indicatiesteller.
- Uiteraard is het altijd mogelijk om het NIFP te vragen voor een herindicatie wanneer er daartoe aanleiding wordt gezien. Bijvoorbeeld kun je dat afspreken in een TAG. Dit kan altijd in het traject.
- Voor overplaatsing (op of afschalen) naar een ander klinische zorgaanbieder heeft DIZ informatie nodig om tot goede matching en plaatsing te komen. Zij kunnen daar de PI (bij detentiemaatregelen) over het traject stellen.

Een verblijfszorg of ambulante trajectindicatie

- Niet zo zeer de behandelvraag staat centraal, maar de criminogene en beschermende factoren die je wilt beïnvloeden door forensische zorg in te zetten.
- Het hele traject is geschetst in de trajectindicatie:
 - Per stap wordt beschreven hoe lang de stap duurt en welke ZZP-hoogte nodig is. Ook wordt opgenomen wanneer er afgeschaald kan worden in ZZP-hoogte.
 - Ook kan een detox-opname preventief opgenomen worden in de indicatiestelling, daarvoor wordt ook de zorgintensiteit en beveiligingsniveau geïndiceerd.
 - Bij een ambulant zorg traject is de soort zorg (aanbieder) en de aard van de behandeling geschetst
- De trajectindicatie is geldig over **organisatiegrenzen** heen



Een verblijfszorg of ambulante trajectindicatie

Een herindicatie is nodig op het moment dat er zorg wordt ingezet die niet is opgenomen in de trajectindicatie. Hiermee bedoelen we niet dat er een hogere of lagere ZZP wordt ingezet, want dat mag binnen de indicatiestelling. Hiermee bedoelen we wel dat een herindicatie wordt aangevraagd wanneer klinische zorg ingezet moet worden die niet is opgenomen in de trajectindicatie. Ook kan het zo zijn dat ambulante zorg nog niet opgenomen was in de trajectindicatie en toch nodig is. Ook dan wordt de indicatiestelling aangepast om het inzetten van ambulante zorg mogelijk te maken.



Trajectafstemmingsgesprek



Trajectafstemmingsgesprek (TAG)

Een belangrijk doel van de trajectindicatie is om **beter te samenwerken in de keten**. We houden daarom **trajectafstemmingsgesprekken (TAG)**. In TAG wordt risicotaxatie omgezet in risicomanagement: er wordt gezamenlijk beleid gemaakt op de risico's die gezien zijn.

Start het traject met **klinische** behandeling?:

- Dan wordt standaard een TAG gehouden, **maximaal 6 maanden na de start van het traject**.
- Tijdens de 1^e TAG worden afspraken gemaakt over vervolg TAGs
- Het gesprek is met de cliënt, wanneer mogelijk zijn betekenisvolle naaste en alle ketenpartners* die bekend zijn. Denk ook aan het Veiligheidshuis of de reguliere GGZ. Draag hierbij zorg voor goede balans bekende en onbekende gezichten.
- Het gesprek wordt niet geïntegreerd in de behandelplanevaluatie maar is een aparte bijeenkomst rondom het traject

Is de start met **ambulante** behandeling of **verblijfszorg**?

- Dan is er niet standaard een TAG, maar wordt deze wel gehouden bij stagnatie

*NIFP kan aansluiten als toehoorder bij een TAG gedurende de pilot wanneer er toestemming is van client en zorgaanbieder en dit ook voor NIFP in capaciteit te halen is. Dit is geen standaard werkwijze, zowel niet in pilot als daarna.





Doel

Trajectafstemmingsgesprek

De volgende vier doelen worden nagestreefd in een trajectafstemmingsoverleg:

1. Er wordt kennis met elkaar gemaakt

De cliënt weet wat hij aan de behandelaar en begeleiders heeft. En andersom. Hierbij wordt nadrukkelijk met elkaar en met de cliënt besproken wat er werkt bij de cliënt en wat zijn persoonlijke risico- en beschermende factoren zijn. Hier wordt risicomanagement op gemaakt.

2. Er wordt perspectief geschetst aan de cliënt doordat hij meer kennis heeft van het vervolg van het traject

De cliënt krijgt uitleg over de vervolgplek en wat er van hem verwacht wordt als hij daar opgenomen wordt. Hij krijgt uitgelegd wat hij er zelf aan kan doen om overgeplaatst te worden naar de volgende plek én waar hij nog ondersteuning en toezicht zal krijgen.

3. Er wordt gestreefd naar overeenstemming met elkaar over hoe het traject goed te laten verlopen

Er wordt met de cliënt en met elkaar besproken hoe de samenwerking vorm krijgt die nodig is om het traject goed te laten verlopen en er worden afspraken gemaakt over het contact onderling in de komende tijd

4. En soms wordt er hersteld

Soms komt de cliënt al bij die organisatie vandaan en is er sprake van een verstoorde relatie en een afgebroken behandeling/begeleiding. Die verstoring is zelden alleen iets van de cliënt alleen, vaak gebeurt de verstoring in de relatie. Die moet dan hersteld worden.

Agenda

Trajectafstemmingsgesprek

Het trajectafstemmingsgesprek kent **vaste bespreekpunten**. Er is een voorbeeld agenda gemaakt. Deze agenda is gedetailleerd uitgewerkt (zie www.taskforceforensischezorg.nl/trajectindicaties), uiteraard wordt deze op maat gesneden voor de cliënt die centraal staat in het trajectafstemmingsgesprek. Hier kort de belangrijkste bespreekpunten:

- Voorstelronde
- Uitleg doel overleg: er zijn een aantal doelen die centraal staan in het overleg (zie vorige sheet)
- Elkaar leren kennen: kennismaking cliënt en beoogd behandelaar
- Afspraken voor vervolg: Afhankelijk van de termijn waarop de overstap wordt gemaakt naar de volgende stap in de keten/traject worden afspraken gemaakt.





Trajectafstemmingsgesprek - Praktisch

Afspraken rondom het overleg:

- Gesprek vindt face-to-face plaats
- Het gesprek wordt niet geïntegreerd in de behandelplanevaluatie maar is een aparte bijeenkomst rondom het traject
- Vooraf worden, met instemming van de patiënt, de trajectindicatie, korte behandelplanevaluatie en risicomanagementplan verstuurd
- Naar aanleiding van het eerste TAG gesprek worden afspraken gemaakt over verder onderling contact
- TAG wordt georganiseerd door de zorgaanbieder
 - Bij klinische trajecten plaatst het DIZ in klinische en verblijfszorg settings. Volgende ketenpartner is daarom niet bekend voordat DIZ heeft gematcht in IFZO. Als DIZ matcht in IFZO, wordt de volgende ketenpartner bekend, als die accepteert. Reclassering kan in IFZO zien wie de volgende zorgaanbieder in de keten wordt. Zorgaanbieder nodigt deze ketenpartner uit.
 - Doordat matching in IFZO heeft plaatsgevonden kan een plaatsingsbrief gegenereerd worden. Zo kan de inzet van de volgende ketenpartner vergoed worden.



Ingelast trajectafstemmingsgesprek

Er kan in de volgende situaties gedurende een ingelast overleg worden georganiseerd:

- De termijnen zoals gesteld in de trajectindicatie worden niet gehaald (traject stagneert) én er zijn al meerdere resocialisatiepogingen in het verleden zijn mislukt;
- (Talloze) incidenten hebben zich voorgedaan;
- Er is geen overeenstemming over het traject in relatie tot het risicomanagement tussen de zorgaanbieders onderling of tussen de zorgaanbieder en de reclassering (en/of PI).
- Op verzoek van de cliënt, al dan niet gesteund door diens advocaat.

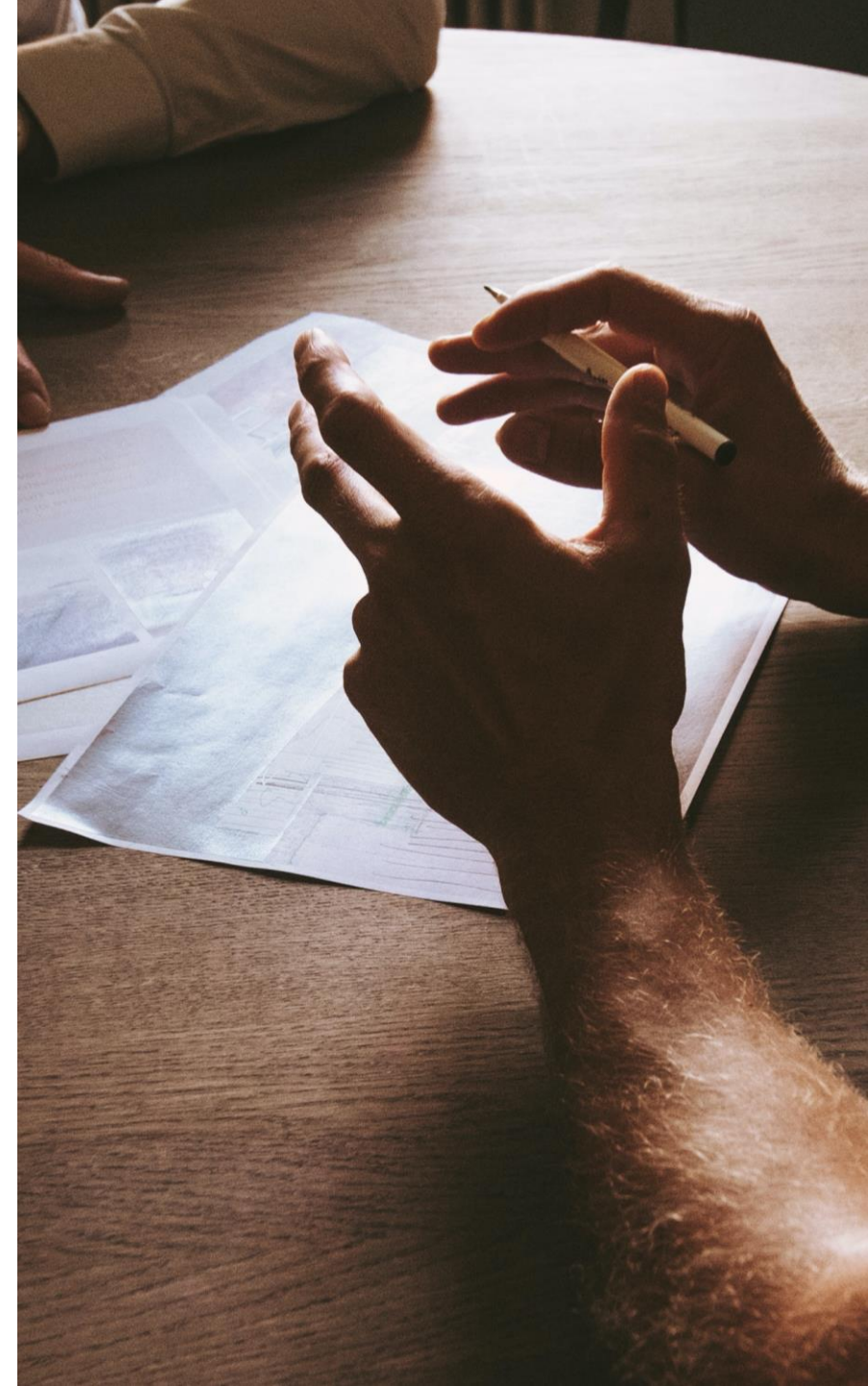
Ingelast trajectafstemmingsgesprek

In **ambulante en verblijfszorgtrajecten** wordt dit gesprek georganiseerd tussen de ketenpartners door de zorgaanbieder.

In **klinische trajecten** wordt het gesprek georganiseerd door de zorgaanbieder en zijn daarbij aanwezig: de bekende ketenpartners, de reclassering en de contactpersoon van DIZ. Wanneer het een gedetineerde betreft is ook de PI aanwezig. In de uitnodiging wordt ingegaan op de volgende punten:

- Reden van de aanvraag
- Beschrijving van het probleem
- De vragen die tijdens het trajectafstemmingsoverleg besproken moeten komen
- Een voorstel voor de samenstelling van de vergadering (waarbij aandacht voor de positie van de patiënt en diens naasten en eventueel diens advocaat).

Naar aanleiding van dit gesprek kan worden overwogen om een herindicatie aan te vragen bij NIFP



Monitoring Trajectories





Monitoring uitvoering Trajectindicatie

Als het traject loopt, dan moet er gemonitord worden op het traject:

- **De reclassering** heeft toezicht op **voorwaarden individuele patiënt**, waaronder ondergaan van Forensische Zorg
- **De zorgaanbieder** heeft de verantwoordelijkheid voor de **uitvoering van de zorg**
- **DIZ** heeft zicht op de **capaciteit in de Forensische Zorg** en dus op de belemmerende en bevorderende factoren met betrekking tot de plaatsing in het kader van een trajectindicatie met klinische start

Monitoring individuele traject is dus een **gedeelde verantwoordelijkheid** van de zorgaanbieder en de Reclassering. Wanneer het een klinisch traject betreft heeft ook het DIZ gedeelde verantwoordelijkheid met de zorgaanbieder en de Reclassering.

Zij overleggen onderling. Zie hiervoor werkinstructie Monitoring Trajectindicaties

Taken Verantwoordelijkheden Bevoegdheden monitoring

DIZ	Draagt er zorg voor dat een veroordeelde op het juiste moment op de juiste plaats zijn straf of maatregel ondergaat (in een Penitentiare Inrichting, zorginstelling of Justitiële Jeugd Inrichting).	
	Taken: - Stelt contactpersoon aan per casus en communiceert dit naar reclassering - Stemt in gezamenlijkheid met de reclassering of PI af hoe onderling overleg gedurende het traject vorm te geven - Monitort de trajecten op termijnen (inclusief TAG in IFZO) en signaleert proactief bij afwijkingen van de termijnen naar de reclassering - Initieert desgewenst een ingelast TAG en neemt daaraan deel	Verantwoordelijkheden: - Is beschikbaar voor overleg voor reclassering over door- en overplaatsing - Is verantwoordelijk voor de proactieve signalering van afwijkingen van de trajectindicaties bij de reclassering en PI - Is verantwoordelijk voor signalering capaciteitsproblemen naar DForZo/JJI en Divisie GW/VB

Taken Verantwoordelijkheden Bevoegdheden monitoring

Reclassering

Houdt in opdracht van OM, rechters, of het gevangeniswezen toezicht op de naleving van de voorwaarden, waaronder de naleving van forensische zorg op basis van de trajectindicatie

Taken:

- Stemt in gezamenlijkheid met DIZ af hoe onderling overleg vorm te geven
- Neemt voor plaatsing contact op met DIZ over plaatsing
- Overlegt met DIZ over plaatsingen
- Koppelt de uitkomsten van TAG terug aan DIZ
- Initieert desgewenst een ingelast TAG en neemt daaraan deel

Verantwoordelijkheden:

- Is verantwoordelijk voor het toezicht op de voorwaarden, waaronder de uitvoering van de trajectindicatie, gebaseerd op doorlopend risicomanagement
- Is een proactieve gesprekspartner DIZ voor wat betreft de uitvoering van het traject

Taken Verantwoordelijkheden Bevoegdheden monitoring

Zorgaanbieders

Geeft behandeling en/of begeleiding aan de cliënt gebaseerd op risicomanagement binnen de kaders van de trajectindicatie

Taken:

- Behandelt en/of begeleidt binnen de kaders van de trajectindicatie
- Bespreekt op- en afschalen met Reclassering
- In klinische trajecten: Organiseert de TAG
- Neemt deel aan traject-afstemmingsgesprek van huidige en toekomstige cliënten
- Organiseert desgewenst een ingelast TAG en neemt daaraan deel

Bij detentiemaatregelen:

- Rapporteert aan de PI over de voortgang van het traject
- Vraagt beslissing aan de PI bij op- en afschalen (vestigingsdirecteur beslist)

Verantwoordelijkheden:

- Draagt zorg voor tijdige (hiermee wordt bedoelt wanneer client eraan toe is in behandeling) op- en afschaling.
- Samenwerken in de keten rondom de individuele cliënt.
- Actief betrekken van de reclassering bij het traject van de individuele cliënt.

Bij detentiemaatregelen:

- Informeren PI over voortgang trajectindicatie.
- Beslissing vragen PI bij op- en afschalen

Taken Verantwoordelijkheden Bevoegdheden monitoring

PI-directeur,
gedelegeerd naar PMO
of casemanager

Draagt verantwoordelijkheid voor de gedetineerde, waaronder ook de zorg en de resocialisatie

Taken:

- Geeft in het kader van het Detentie- en Re-integratieplan opdracht tot reclasseringsadvies
- Neemt kennis van de rapportage door de reclassering
- Beslist over de te nemen stappen in het traject onder 43.4 en ISD
- Organiseert desgewenst een ingelast TAG en neemt daaraan deel
- Informeert DIZ over de uitkomsten van het TAG
- Overlegt met DIZ over plaatsing en stelt indien nodig een her selectie op

Verantwoordelijkheden:

- Verantwoordelijk voor de beslissingen voor wat betreft de trajecten onder 43.4 en ISD van de gedetineerde en voor adequate communicatie hierover naar de zorgaanbieder

Taken random trajectory indicators





Belangrijke spelers & hun kerntaak rondom Trajectindicaties

DIZ	Zorgen dat de juiste cliënt op de juiste plek komt
Gemeente/Zorg- en veiligheidshuis	Meedenken met trajecten waarin de aansluiting met reguliere zorg nodig is
Gevangeniswezen	Zorg tijdens detentie afstemmen op gedetineerde en zijn trajectindicatie
NIFP	Indiciesteller voor trajecten met een klinische start
Reclassering	Indiciesteller voor trajecten met een ambulante start of met verblijfszorg en toezichthouden op voorwaarden, waaronder uitvoering trajectindicatie
Zorgaanbieders	Behandeling en/of begeleiding geven die leidt tot recidivepreventie zoals omschreven in trajectindicatie

Op de volgende slides worden de Taken Bevoegdheden en Verantwoordelijkheden van deze spelers verder toegelicht

TBV Reclassering

Taken

- Stelt trajectindicaties met start verblijfszorg of ambulante zorg, met uitzondering van de verblijfszorg voor de groep gedetineerden met Ernstig Geweld en Zeden;
- Doet de aanmelding voor het stellen van een trajectindicatie met klinische start bij NIFP;
- Informeert DIZ over uitkomsten Traject Afstemmingsgesprek;
- Vraagt na overleg een herindicatie aan bij NIFP, bijvoorbeeld n.a.v. een TAG;
- Plaatst, door middel van matching in IFZO, patiënten in een ambulante traject of een trajectindicatie startende met verblijfszorg;
- Neemt voor klinische plaatsing contact op met DIZ over plaatsing;
- Doet verzoek bij DIZ om (over) te plaatsen bij klinische plaatsingen;
- Initieert wanneer van toepassing een ingelaste TAG;
- Neemt deel aan (ingelaste) TAG;
- Voert risicomanagement uit in overleg met de zorgaanbieder(s);
- Overlegt met de zorgaanbieder over het juiste beveiligingsniveau en zorgwaarte;
- Meldt schending voorwaarden bij opdrachtgever;
- Stemt in gezamenlijkheid met DIZ af hoe onderling overleg vorm te geven.

Bevoegdheden

- Stellen van trajectindicaties met start verblijfszorg of ambulante zorg, muv de groep gedetineerden met Ernstig Geweld en Zeden
- Aanpassen van trajectindicaties met start verblijfszorg of ambulante zorg
- Indiceren crisis- of detoxopname tijdens een traject met start verblijfszorg of ambulante zorg

Verantwoordelijkheden

- Toezicht houden op de voorwaarden, waaronder de uitvoering van de forensische zorg op basis van de trajectindicatie en melden overtreding voorwaarde aan opdrachtgever;
- Overleggen met DIZ over de uitvoering van het traject en de gevolgen voor de capaciteit van FZ
- Stellen van de gehele trajectindicatie wanneer het traject start met verblijfszorg of ambulante zorg
- Indiceren van crisis- of detoxopname gedurende ambulant of verblijfszorg traject

TBV NIFP

Taken

- Stelt de gehele trajectindicatie wanneer het traject start met klinische zorg, inclusief verwachte termijnen en beveiligingsniveau en zorgintensiteit/ZZP
- Stelt de gehele trajectindicatie voor gedetineerden die behoren tot de groep Ernstig Geweld en Zeden, wanneer het traject start met verblijfszorg.
- Draagt zorg voor de naleving van de extra waarborgen bij uitplaatsing gedetineerden met Ernstig Geweld en Zeden, conform art. 5.2. en 6.2a Bfz.
- Baseert trajectindicatie op risicofactoren en beschermende factoren vanuit uitgevoerde risicotaxatie in de aangeleverde stukken.
- Haalt input op bij een zorgaanbieder over het voorgestelde traject wanneer dat nodig lijkt, en beslist autonoom om deze input al dan niet te verwerken
- Past trajectindicatie (start klinisch) middels herindicatie aan, wanneer dit aangevraagd wordt door de zorgaanbieder of de reclassering.

Bevoegdheden

- Onafhankelijk stellen van trajectindicaties met start klinische zorg
- Aanpassen van trajectindicaties met start klinische zorg

Verantwoordelijkheden

- Het stellen van de gehele trajectindicatie wanneer het traject start met klinische zorg
- Bij stellen van indicaties voor zorg tijdens detentie of detentiefasering deze aansluiten op gestelde trajectindicatie

TBV DIZ

Taken

- Matcht patiënt en zorgaanbieder in IFZO;
- Stelt contactpersoon aan per casus en communiceert dit naar reclassering;
- Stemt in gezamenlijkheid met de reclassering af hoe onderling overleg vorm te geven;
- Deelt brondocumenten met zorgaanbieders in plaatsing proces wanneer hierom wordt gevraagd;
- Matcht op verzoek van reclassering een indicatie van NIFP in IFZO zodat de volgende ketenpartner bekend wordt;
- Neemt op indicatie deel aan ingelaste TAG;
- Monitort de trajecten van de cliënten op termijnen;
- Bevraagt reclassering en zorgaanbieder wanneer de termijnen uit de trajectindicatie niet worden gevolgd.

Bevoegdheden

- Escaleren wanneer traject niet wordt gevolgd bij de Reclassering en zorgaanbieders

Verantwoordelijkheden

- (over- en door) Plaatsing van individuele patiënten bij zorgaanbieders in geval start traject klinische zorg (d.m.v. matching in Ifzo);
- Monitoren van de capaciteit van forensische zorg in Nederland en managen van die capaciteit;
- Toezicht houden op de uitvoering van de trajectindicatie (termijnen);
- Beschikbaar zijn voor overleg voor reclassering over door- en overplaatsing;
- Is verantwoordelijk voor signalering capaciteitsproblemen naar DForZo/JJI.

TBV Zorgaanbieders

Taken

- Accepteert patiënt op basis van aanmeldbrief (incl trajectindicatie) (en eventuele na bestudering brondocumenten/ kennismaking);
- Bepaalt behandel- en begeleidingsdoelen passende bij de te behandelen risicofactoren uit de trajectindicatie;
- Behandelt en begeleidt binnen de kaders van de trajectindicatie;
- Bespreekt op- en afschalen met Reclassering;
- Neemt deel aan TAG van toekomstige patiënten;
- Voert risicomanagement uit in overleg met de reclassering;
- Betrekt de casemanager/PMO bij TAG wanneer het een traject betreft waarbij een deel plaatsvindt voor VI-datum;
- Vraagt beslissing aan PI bij op- en afschalen van gedetineerden;
- Geeft in IFZO aan dat de plaatsing is gerealiseerd.

Bevoegdheden

- Bepaalt inhoudelijk de behandeling/begeleiding en voert deze uit.

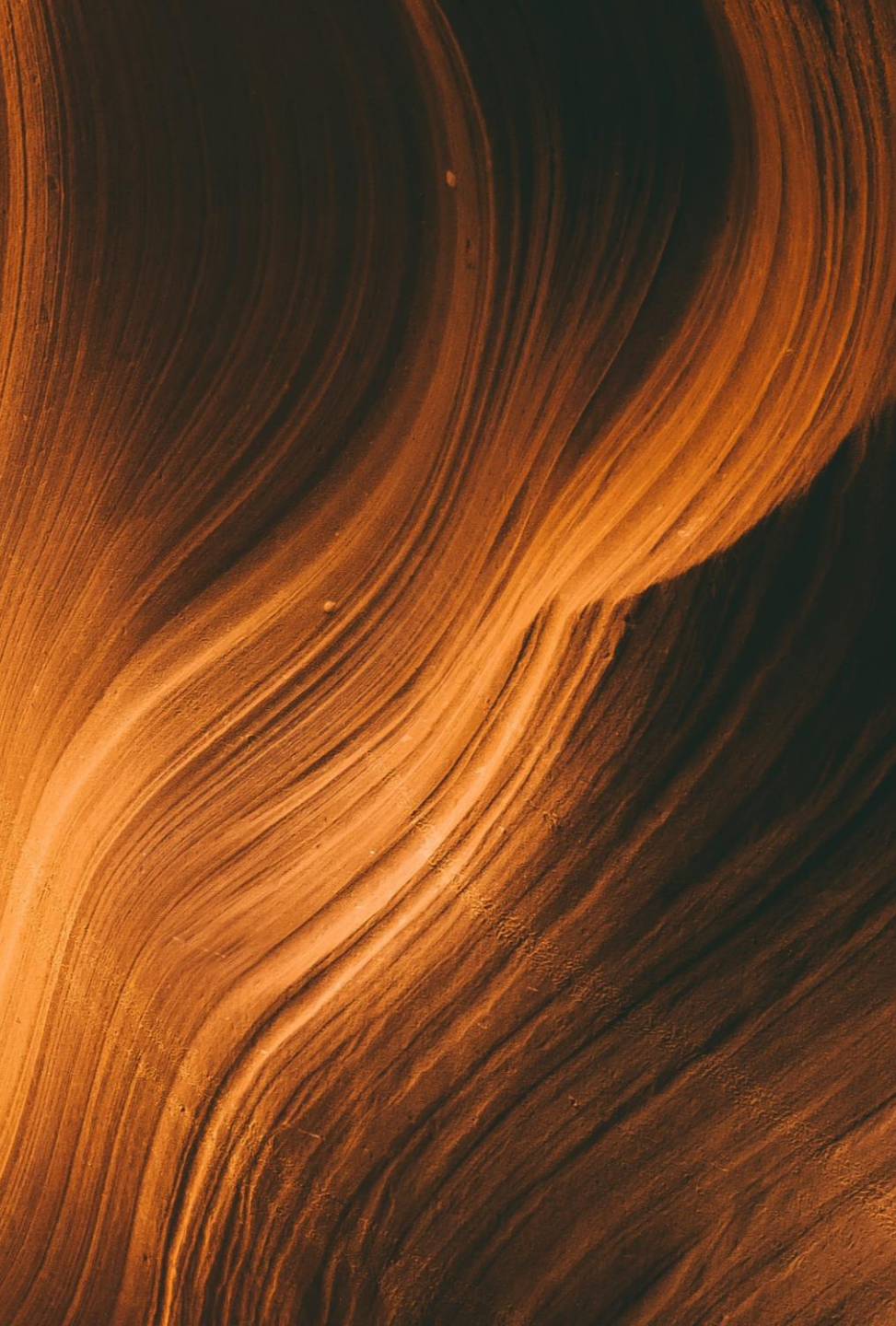
Verantwoordelijkheden

- Vorm geven aan de behandeling binnen trajectindicatie;
- Samenwerken in de keten rondom de individuele patiënt;
- Actief betrekken van de reclassering bij het traject van de individuele patiënt;
- Vraagt de PI om een beslissing voor op- en afschalen van gedetineerden.

TBV Gevangeniswezen

Taken	Bevoegdheden	Verantwoordelijkheden
- Stemt af met de zorgaanbieder over de trajecten van de cliënten; - Beslist over de te nemen stappen in het traject bij gedetineerden, waaronder op- en afschaling; - Neemt kennis van de rapportage door de zorgaanbieder en reclassering; - Geeft in het kader van het Detentie- en Re-integratieplan opdracht tot reclasseringsadvies; - Neemt deel aan (ingelaste) TAG; - Informeert DIZ over de uitkomsten van het TAG; - Overlegt met DIZ over plaatsing; - Initieert, wanneer gewenst, een ingelast TAG.	- Neemt beslissingen over het verlenen van verlof, ontslag of overplaatsing t.a.v. uitgeplaatste gedetineerden.	- De zorg tijdens detentie; - Actief betrekken reclassering wanneer het beeld van de gedetineerde niet pas bij de gestelde trajectindicatie die na detentie start; - Nemen van beslissingen voor wat betreft het traject van de gedetineerde en communicatie naar de zorgaanbieder; - Afstemmen met reclassering wanneer detentiefasering wordt overwogen bij een gedetineerde die ook een trajectindicatie heeft die na detentie start

Extra toelichting op de volgende slides over de rol van de vestigingsdirecteur

An abstract image of a wood grain, showing flowing, wavy lines in shades of brown and orange, serving as a background for the left side of the slide.

Continuïteit van zorg tijdens en na detentie

Tijdens detentie is de vestigingsdirecteur verantwoordelijk voor de gedetineerde en de beslissingen die genomen worden in het kader van de trajectindicatie. Er zijn vier manieren waarop dat kan:

- Er is geen indicatie voor zorg, maar er is wel zorg nodig;
- Er is een trajectindicatie die start na detentie, maar het beeld van de gedetineerde verandert en past niet langer bij de gestelde trajectindicatie;
- Er is een trajectindicatie die start na detentie, maar er is tijdens detentie ook al zorg nodig;
- Er is een trajectindicatie die start na detentie, maar er is al eerder detentiefasering nodig.

Op de volgende slides worden deze situaties verder toegelicht



Continuïteit van zorg tijdens en na detentie

Er is geen indicatie voor zorg, maar er is wel zorg nodig tijdens detentie

Wanneer er zorg nodig is, maar deze is niet geïndiceerd, dan wordt deze alsnog geïndiceerd.

- Wanneer het PMO actief betrokken is, indiceren zij voor zorg tijdens detentie (of vragen deze aan bij NIFP).
- Bij een indicatie voor verblijfszorg of klinische zorg voor de groep “ernstig geweld of zeden” wordt een indicatie altijd door het PMO aangevraagd bij NIFP.
- Wanneer het PMO niet is betrokken en de casemanager of reclassering wil forensische zorg inzetten kunnen zij dit voorleggen aan het MDO binnen de PI door het in het D&R-plan op te nemen. Wanneer het MDO akkoord is, kan forensische zorg worden geïndiceerd door de reclassering.
- In de drie maanden voor het einde van detentie of v.i.-datum kan de reclassering ook zonder toestemming van het MDO indiceren voor forensische zorg (of deze aanvragen bij NIFP)



Continuïteit van zorg tijdens en na detentie

Er is een trajectindicatie die start na detentie, maar het beeld van de gedetineerde verandert en past niet langer bij de gestelde trajectindicatie

Het beeld dat gesteld is van de gedetineerde kan veranderen. Zo kan de psychose verbleken of komt na een periode van abstinentie juist een verward toestandsbeeld naar de oppervlakte.

Wanneer deze verandering van toestandsbeeld niet leidt tot een ander idee over het te doorlopen traject, kan de trajectindicatie gewoon uitgevoerd worden. Leidt het nieuwe toestandsbeeld tot een ander idee over het te doorlopen traject, moet er bijgestuurd worden.

De professionals in de PI zien deze veranderingen in toestandsbeeld. Zij hebben dan de taak om dit bespreekbaar te maken bij de reclassering en dit te verwerken in het D&R-plan. De reclassering stelt daarop een nieuwe trajectindicatie die start na de VI-datum, of vraagt een herindicatie aan bij NIFP. Omdat het een trajectindicatie betreft die na de VI-datum ingaat is de instemming van de vestigingsdirecteur niet nodig.

Continuïteit van zorg tijdens en na detentie

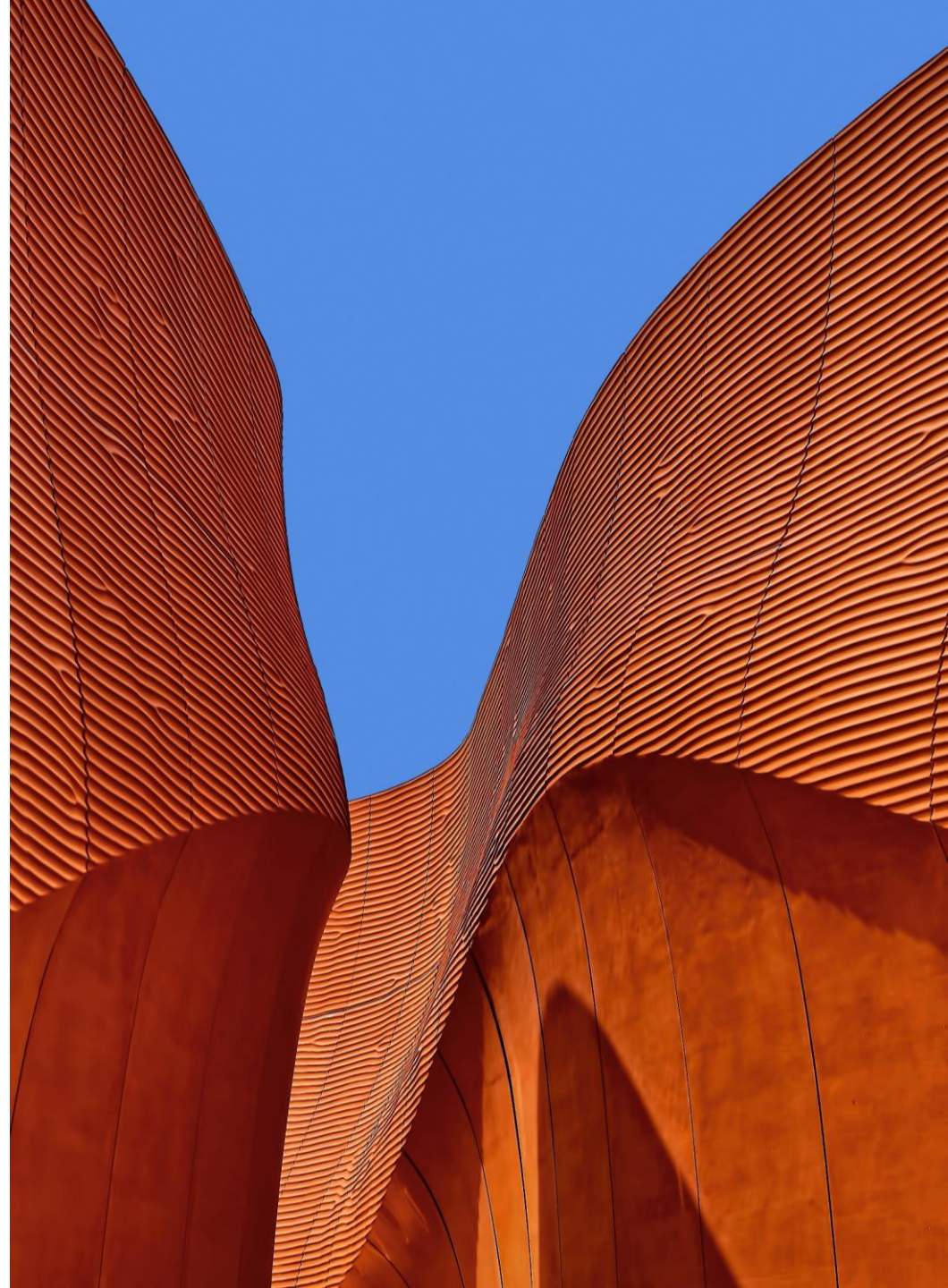
Er is een trajectindicatie die start na detentie, maar er is tijdens detentie ook al zorg nodig

Het kan zo zijn dat er forensische zorg is geïndiceerd die ingaat na de VI-datum, maar dat tijdens detentie blijkt dat er al zorg nodig is, zoals ambulante zorg binnen detentie. Wanneer het PMO actief betrokken is, indiceren zij voor zorg tijdens detentie.

Wanneer het PMO niet is betrokken en de casemanager of reclassering wil forensische zorg inzetten tijdens detentie kunnen zij dit voorleggen aan het MDO binnen de PI door het in het D&R-plan op te nemen. Wanneer het MDO akkoord is, kan forensische zorg worden geïndiceerd door de reclassering.

De indicatie wordt ingevoegd (in IFZO) in het zorgtraject dat al gesteld is zodat de samenhang duidelijk is.

De zorg die tijdens detentie wordt geïndiceerd en gegeven, wordt afgestemd op het traject dat na detentie in zal gaan en interfereert daar niet mee.



Continuïteit van zorg tijdens en na detentie

Er is een trajectindicatie die start na detentie, maar er is al eerder detentiefasering nodig

Er kan een trajectindicatie gesteld zijn die start na detentie, en tegelijk wordt tijdens detentie gezien dat er eerder al gestart moet worden met detentiefasering.

In dat geval wordt er teruggedaan naar de oorspronkelijke indicatiesteller (NIFP bij klinische trajecten, reclassering bij ambulante en verblijfszorgtrajecten).

Zij stellen een herindicatie, waarin het detentiefaseringsdeel wordt opgenomen in de totale trajectindicatiestelling.

De beslissing hiertoe ligt geheel bij de vestigingsdirecteur.





Voor meer informatie:

www.taskforceforensischezorg.nl/trajectindicaties

Contactpersoon in de instelling:
Landelijke projectleider:

VUL HIER JE EIGEN NAAM IN!
Perla Breedveld 06-12556112 | p.breedveld@p5com.eu

TASKFORCE FORENSISCHE ZORG



de
Nederlandse
ggz



Ministerie van Justitie en Veiligheid

valente⁷

Voor meer informatie:
www.taskforceforensischezorg.nl/trajectindicaties