



Rapport van het inspectiebezoek (hertoets) aan GGZ Westelijk Noord-Brabant, forensisch psychiatrische afdeling De Mare te Halsteren op 15 oktober 2024

## **Inhoud**

### **1 Inleiding 3**

- 1.1 Aanleiding 3
- 1.2 Doel bezoek 3
- 1.3 Werkwijze 3
- 1.4 Beschrijving locatie 4

### **2 Resultaten inspectiebezoek 5**

- 2.1 Sturen op kwaliteit en veiligheid 5
- 2.2 Persoonsgerichte aanpak en veiligheid voor de samenleving 6
- 2.3 Professionaliteit van zorgverleners 8
- 2.4 Overige gespreksonderwerpen 10

### **3 Conclusies 12**

### **4 Vervolgacties 13**

### **Bijlage 1 14**

### **Bijlage 2 Toetsingskader klinische overige forensische zorg 15**

# 1 Inleiding

Op 15 oktober 2024 bracht de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd samen met de Inspectie Justitie en Veiligheid (hierna: de inspecties) een aangekondigd toezichtbezoek aan GGZ Westelijk Noord-Brabant (hierna: GGZ WNB), forensisch psychiatrische afdeling (hierna: FPA) De Mare te Halsteren.

## 1.1 Aanleiding

Op 13 november 2023 bezocht de IGJ FPA De Mare. In vervolg op dit bezoek stelde GGZ WNB een verbeterplan en een resultaatverslag op. De IGJ beoordeelde het resultaatverslag en stelde vast dat GGZ WNB voortvarend aan de slag is gegaan met de implementatie van de diverse verbetermaatregelen.

GGZ WNB deed verder melding bij de IGJ over twee incidenten op 10 en 19 oktober 2023. Bij deze incidenten waren cliënten van FPA De Mare betrokken. Ook IJenV ontving meldingen over deze incidenten via Reclassering Nederland. GGZ WNB liet deze incidenten afzonderlijk en in onderlinge samenhang onderzoeken door een externe onderzoekscommissie. De inspecties beoordeelden gezamenlijk de onderzoeken en verbetermaatregelen en plaatsten hierbij een aantal kritische kanttekeningen.

## 1.2 Doel bezoek

Het doel van het inspectiebezoek is de implementatie van de verbetermaatregelen te toetsen. De inspecties maken hiervoor gebruik van relevante gezondheidswet- en regelgeving, (veld)normen en daarop gebaseerde richtlijnen en standaarden.

## 1.3 Werkwijze

Tijdens het bezoek voerden de inspecties gesprekken met de bestuurder, het management, de geneesheer-directeur, (regie)behandelaren en andere uitvoerende medewerkers. Ook spraken de inspecties met de cliëntenraad en de patiëntenvertrouwenspersoon. Tijdens een rondleiding over de afdeling spraken de inspecties met een cliënt. Naast de gesprekken zag de IGJ drie cliëntendossiers in. IJenV zag een cliëntdossier in om te zien hoe het verlofproces is ingericht. IJenV voerde daarbij een gesprek met medewerkers over registraties en controles. IJenV en IGJ hadden voorafgaand aan het bezoek inzage in (kwaliteits)documenten (bijlage 1).

Voor de uitvoering van dit toezicht is het *'toetsingskader klinische overige forensische zorg'* van de IGJ gebruikt, dat is gericht op normen die samenhangen met de grootste risico's op gezondheidsschade die de IGJ in de overige forensische ziet.

Tijdens het bezoek staan de volgende drie thema's centraal:

- Sturen op kwaliteit en veiligheid
- Persoonsgerichte aanpak en veiligheid voor de samenleving
- Professionaliteit van zorgverleners

## 1.4 Beschrijving locatie

### *Organisatiestructuur*

FPA De Mare is een forensisch psychiatrische afdeling met beveiligingsniveau 2 hoog. Deze afdeling is ingedeeld in 3 units met teams die nauw met elkaar samenwerken. De FPA is een afdeling waar cliënten verblijven met psychiatrische problemen die van de rechter een justitiële maatregel opgelegd hebben gekregen, waardoor ze een behandeling moeten volgen bij FPA De Mare. Binnen de FPA bevindt zich een FHIC. De FHIC is een afdeling waar ook niet-forensische zorg (op grond van de Zorgverzekeringswet) plaatsvindt. Er worden (delict)gevaarlijke cliënten behandeld met en zonder een forensische titel. Als er geen forensische titel aanwezig is, dient de cliënt geïnccludeerd te zijn in de Ketenveldnorm (Levenslooppaanpak en Intensief beveiligde zorg) en is er sprake van (hoog risico op delict) gevaarlijk en ontwrichtend gedrag.

### *Aantal bedden*

FPA De Mare biedt plaats aan 28 cliënten, verdeeld over 3 units. Mare 1 (samengevoegd met Mare 2) heeft 13 bedden voor cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB). Mare 3 is een reguliere afdeling met 8 bedden. Mare 4, de forensische high intensive care afdeling (FHIC), heeft 7 bedden.

### *Personele gegevens*

Bij FPA De Mare is een personeelsinzet van 31,93 FTE. Momenteel staan er 7 vacatures open. Er zijn vacatures voor een regiebehandelaar (bij voorkeur een psychiater), een verpleegkundig specialist, klinisch psycholoog, een orthopedagoog generalist, een basispsycholoog en forensisch begeleiders, -verpleegkundigen. Het ziekte- en verzuimpercentage bedroeg in 2024 (tot en met september) 2,54%. In 2024 is er een instroom van 4,51 FTE gerealiseerd op FPA De Mare. De verwachte uitstroom voor 2024 is 4,72 FTE.

### *Doelgroep*

FPA De Mare richt zich op volwassen cliënten met een psychische stoornis of gedragsstoornis met delictgedrag en/of ernstig probleemgedrag en multiproblematiek. Doel van de behandeling is de kans op herhaling van delictgedrag en/of probleemgedrag verminderen, verminderen en beheersbaar maken van achterliggende oorzaken van het delictgedrag en/of probleemgedrag, de cliënt op een verantwoorde manier terug laten keren naar de maatschappij of verantwoord laten terug-/doorstromen naar een reguliere/minder intensieve vorm van zorg.

## 2 Resultaten inspectiebezoek

In dit hoofdstuk zijn de beoordelingen per getoetste norm per thema weergegeven. De inspecties beoordeelden tijdens het bezoek of aan de norm werd voldaan, grotendeels aan de norm werd voldaan, grotendeels niet aan de norm werd voldaan of niet aan de norm werd voldaan. Omdat het bezoek een 'hertoets' was naar aanleiding van getroffen verbetermaatregelen, is slechts een beperkt aantal normen getoetst. De inspecties hebben die normen getoetst, die bij het vorige bezoek onvoldoende scoorden.

### 2.1 Sturen op kwaliteit en veiligheid

#### Toelichting

*Norm 1.1, 1.2 en norm 1.3 zijn niet getoetst.*

*Norm 1.4 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zorgverleners ontwikkelingen in hun vakgebied kunnen bijhouden om goede, veilige en herstelondersteunende zorg te bieden, afgestemd op de doelgroep.*

#### FPA De Mare voldoet aan de norm.

Het afgelopen jaar is een aantal ervaren medewerkers vertrokken bij FPA De Mare. Mede hierdoor heeft er een cultuurverandering plaatsgevonden volgens de Raad van Bestuur en het management van de Forensische Psychiatrie (hierna: de directie) en de medewerkers. Er wordt nu minder beheersmatig en meer herstelgericht gewerkt. De balans tussen zorg en veiligheid is een terugkerend onderwerp van gesprek. Door het vertrek van de ervaren medewerkers is er wel kennis en ervaring verdwenen, wat invloed heeft gehad op de forensische scherppte, aldus de directie en de medewerkers. Mede daarom zet FPA De Mare nu extra in op scholing en teamontwikkeling. De inspecties horen dat nieuwe medewerkers hun forensische scherppte nog aan het ontwikkelen zijn. Door het vertrek van de ervaren medewerkers en de komst van nieuwe, nog minder ervaren medewerkers ligt er druk bij de ervaren medewerkers. Op sommige afdelingen zijn er nog slechts enkele ervaren medewerkers. Deze situatie heeft effect op het gevoel van veiligheid binnen de teams. Ook zijn sommige teams nog zoekende in de juiste balans tussen zorg en veiligheid, aldus de medewerkers.

Forensische scherppte en risicobewustzijn zijn onder de aandacht, onder meer de balans zoeken tussen beheersmatig en herstelgericht werken. Recent hebben er twee workshops plaatsgevonden voor medewerkers van FPA De Mare ter inspiratie over dit onderwerp. Forensische scherppte komt in de scholing, het Forensische Opleidingskwadrant (FOK) aan de orde. De intentie van FPA De Mare is om periodiek een vervolg aan dit onderwerp te geven aan de hand van wisselende thema's.

GGZ WNB stelt in 2024 per kwartaal 8 uur per medewerker beschikbaar om het FOK te volgen. De inspecties horen dit ook van de medewerkers terug, al weten zij niet allemaal hoeveel uur er voor scholing beschikbaar is. De medewerkers, waaronder ook de ervaren medewerkers die de inspecties gesproken hebben, noemen de scholing die zij doen zinvol. De ervaren medewerkers noemen dat de scholing wel deels herhaling betekent van wat ze al weten, maar dat dit geen bezwaar is.

De directie laat weten dat medewerkers die de HKT-R afnemen, te weten de casemanagers en de forensisch begeleiders, daarin getraind worden. De inspecties horen ook van de medewerkers die de HKT-R afnemen, dat zij hierin getraind zijn.

## 2.2 Persoonsgerichte aanpak en veiligheid voor de samenleving

### Toelichting

*Norm 2.1 Risicomanagement: De behandeling van de cliënt is gericht op het beperken van risico's, op recidivepreventie en daarnaast op herstelondersteuning.*

**FPA De Mare voldoet grotendeels aan deze norm.**

Wat beter kan is:

- de implementatie van en sturing op de (nieuwe) werkwijze voor het afnemen van de HKT-R (onafhankelijk scoren, consensusbespreking, betrekken regiebehandelaar).
- Daarmee krijgen de uitkomsten van de HKT-R ook meer betekenis voor de behandeling.
- de implementatie van en sturing op de (nieuwe) werkwijze van doelgericht rapporteren.

Verder vraagt de omzetting/ het op orde brengen van de elektronische cliëntdossiers aandacht.

FPA De Mare wil haar forensische cliënten herstelgerichte zorg bieden in combinatie met vermindering van het risico op recidive, waardoor de kans wordt vergroot om op een gezonde manier te participeren in de maatschappij. FPA de Mare wil binnen de beschikbare ruimte van de justitiële kaders uitgaan van de eigen kracht van iedere client. De zorg is dan ook gericht op herstel op het gebied van symptomen, persoonlijk en maatschappelijk herstel.

In het gesprek met de directie horen de inspecties dat FPA De Mare een eigen werkwijze voor het afnemen van de HKT-R heeft. Dit heeft te maken met personeelstekort, met name een gebrek aan regiebehandelaren. FPA De Mare wijkt hiermee af van de Handleiding HKT-R. De directie vertelt dat zij de kwaliteit naar eigen zeggen wel heeft geborgd. Een daartoe geschoolde casemanager en forensisch begeleider nemen de HKT-R onafhankelijk van elkaar af. Vervolgens houden zij een consensusbespreking in aanwezigheid van een onafhankelijke behandelaar. De regiebehandelaar schrijft uiteindelijk de conclusie van de HKT-R. De inspecties horen van de medewerkers dat deze werkwijze in de praktijk nog niet zo plaatsvindt. De casemanager en de forensisch begeleider vullen samen één vragenlijst HKT-R in en schrijven ook samen de conclusie. Een onafhankelijk behandelaar is hierbij niet betrokken. De uitkomst van de HKT-R komt wel terug in het multidisciplinaire zorgafstemmingsgesprek (ZAG).

Het nieuwe ECD per 1 januari 2024 ondersteunt de beschreven werkwijze voor het afnemen van de HKT-R door middel van standaardformulieren HKT-R. Bij de dossierinzage ziet de IGJ dat per dossier slechts een risicotaxatie ingevuld is.

Het valt de IGJ op dat in het format behandelplan in het ECD de focus niet ligt op de risico's op recidive. Recidive is één van de vijf risico-items. De andere items zijn kindermishandeling, huiselijk geweld, suïcide en somatiek. Bij het risico op recidive kunnen de uitkomsten van de HKT-R beschreven worden, aldus de medewerkers. De IGJ ziet in de dossiers dat de behandeldoelen zijn gekoppeld aan risicofactoren. De behandeldoelen zijn algemeen geformuleerd.

De IGJ ziet dat bij het schrijven van de dagrapportages in het ECD gerapporteerd kan worden aan de hand van behandeldoelen. Het ECD is zo ingericht dat het betreffende behandeldoel kan worden aangevinkt en vervolgens kan op dat doel gerapporteerd worden. De IGJ hoort van medewerkers dat dit nog niet altijd gebeurt en dat hier niet op wordt gestuurd door management.

Het ECD zit in een overgangsfase, aldus de directie en medewerkers. Dit betekent dat nog niet voor alle cliënten alle documenten zoals behandelplan en verslaglegging beschikbaar zijn in het nieuwe dossier. Deze worden voor cliënten die al voor de start van het nieuwe ECD in behandeling waren vanuit het oude ECD ingescand. De afdeling Zorgondersteuning doet dit. De documenten uit het ECD van deze cliënten zijn ook nog ter inzage in het oude ECD. De IGJ hoort dat er een inhaalslag gemaakt dient te worden. In de praktijk betekent dit dat niet alle documenten vindbaar of al in het dossier aanwezig zijn, aldus de medewerkers. Ook niet alle formulieren vallen door na de conversie van het oude naar het nieuwe ECD. De IGJ ziet dit ook terug bij dossierinzage.

De inspecties horen van de directie en medewerkers dat er inmiddels voor alle cliënten gewerkt wordt met een signaleringsplan. Als er een signaleringsplan is van een eerdere behandelplek dan wordt dit overgenomen. Een signaleringsplan wordt na opname in de eerste zes weken van de behandeling samen met de cliënt opgesteld. Het is volgens medewerkers niet altijd mogelijk om samen met een cliënt een signaleringsplan op te stellen. In dat geval stelt de casemanager zelf een signaleringsplan op. De inspecties lezen deze werkwijze ook terug in het beleid risicomangement forensische psychiatrie GGZ WNB.

*Norm 2.2 De inzet van delictanalyses gebeurt volgens de Kwaliteit Forensische Zorg richtlijn*

**FPA De Mare voldoet aan deze norm.**

De inspecties hebben van GGZ WNB de beslisboom voor het afnemen van een delictanalyse (da) ontvangen, de werkbeschrijving delictanalyse Forensische Psychiatrie GGZ WNB. De beschreven werkwijze is gebaseerd op de uitgangspunten van Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ). De directie geeft aan dat de beschreven werkwijze inmiddels ingevoerd is binnen FPA De Mare. De IGJ ziet dit bij dossierinzage ook terug.

De IGJ ziet dat er in het ECD de mogelijkheid is om een da in te vullen volgens de beslisboom. Tijdens het invullen is er de keuze uit een verkorte of lange versie van de da, mede afhankelijk van het indexdelict. De IGJ ziet dat het formulier eenvoudig benaderbaar en in te vullen is. De medewerkers noemen dat de manier waarop de da in het ECD ingebouwd is helpend in de praktijk.

*Norm 2.3 Informatieoverdracht van en naar ketenpartners is geborgd.*

**FPA De Mare voldoet aan deze norm.**

In het (nieuwe) proces aanmelding en intake klinisch forensisch van GGZ WNB staat beschreven over welke informatie van ketenpartners FPA De Mare bij opname wil beschikken. Ook is beschreven dat wanneer een cliënt in zorg komt, bij ernstige gewelds- en zedendelicten een dag voorafgaand aan opname een signaleringsplan, delictanalyse en risicotaxatie wordt aangeleverd door de verwijzer. Dit is een voorwaarde voor opname, staat in de procesbeschrijving. De inspecties horen deze werkwijze ook terug in de gesprekken met de directie en medewerkers.

FPA De Mare hanteert aangescherpte exclusiecriteria (onder meer bij plaatsing op grond van artikel 80 Sv) en heeft de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) hierover geïnformeerd. Volgens de directie is DJI akkoord gegaan met dit exclusie criterium. De directie licht toe dat zij hiertoe mede zijn overgegaan naar aanleiding van de onrust in de omgeving van GGZ WNB na de twee incidenten in oktober 2023. De directie is door de incidenten nog meer doordrongen van het belang dat het behandelaanbod van FPA De Mare past bij de

zorgvraag en problematiek van een cliënt. FPA De Mare doet daarom bij nieuwe aanmeldingen in beginsel een intakegesprek door middel van videobellen.

FPA De Mare kijkt kritisch naar aanmeldingen. Er wordt ook gekeken naar wat past en wat behapbaar is voor de afdelingen. De bedbezetting is daarom niet 100%. Er wordt binnen FPA De Mare veel aandacht besteed aan het inwinnen van relevante informatie voorafgaand aan de opname van een nieuwe cliënt. FPA De Mare vraagt om extra informatie als dit gewenst is, aldus de directie en medewerkers.

*Norm 2.4 Het verlofplan is passend bij de behandeling van de cliënt en de fase van de behandeling.*

#### **FPA De Mare voldoet aan deze norm.**

De inspecties ontvingen van GGZ WNB een de (nieuw) procedure verlof, vrijheden en bezoek FPA De Mare, waarin onder meer de fasering van vrijheden binnen FPA De Mare is beschreven. De fasering kent acht stappen van vrijheden en aan iedere stap zijn minimale voorwaarden verbonden. Voor vrijheden buiten de afdeling (stap twee tot en met stap acht) moet de cliënt altijd een aanvraag doen. In het document staat bij iedere stap beschreven welke zaken (onder andere met betrekking tot de risico's en veiligheid) het MDO beoordeelt. De uitkomsten van de gestructureerde risicotaxatie en de delictanalyse worden steeds betrokken bij de aanvraag voor verlof/vrijheden evenals het klinisch beeld en gedrag van een cliënt. Voorwaarden voor eerdere stappen blijven gelden voor latere stappen.

De medewerkers vertellen dat er consequent volgens deze werkwijze gehandeld wordt. De vrijheden en verloven worden altijd geëvalueerd, bij terugkomst met de cliënt en bij de aanvraag voor een volgende stap in het (wekelijkse) multidisciplinaire verzoekoverleg. De besluitvorming plus onderbouwing wordt vastgelegd in het ECD, aldus de medewerkers. De IGJ ziet dit ook terug in het ECD. De overwegingen voor een besluit staan beschreven in het ECD. De IGJ ziet dat het ECD hierbij ondersteunend is. De inbreng van relevante ketenpartners, zoals de reclassering, wordt betrokken en beschreven in het ECD bij de besluitvorming. De IGJ ziet dat verlofaanvragen en -plannen ook terug te vinden zijn in het ECD. De IJenV hoort van de medewerkers en leest in het ECD dat verloven voorbesproken worden, waarbij er ruimte is om een verlof alsnog in te trekken. In het ECD is zichtbaar wanneer een cliënt met verlof is en dus afwezig van de afdeling.

Bij het wekelijkse verzoekoverleg is een onafhankelijke regiebehandelaar aanwezig voor kritische tegenspraak, horen de inspecties van de directie en medewerkers. Volgens medewerkers komt het ook voor dat er onderling, buiten het MDO om, wordt overlegd over aanvragen voor vrijheden of verlof. Overwegingen uit deze overleggen 'in de wandelgangen' zijn niet terug te vinden in het ECD. De medewerkers zijn zich hier bewust van. Dit is een aandachtspunt. De besluitvorming vindt echter altijd in het verzoekoverleg plaats.

## **2.3 Professionaliteit van zorgverleners**

*Norm 3.1 Zorgverleners werken multidisciplinair in teamverband en methodisch, passend bij hun functieniveau en expertise.*

#### **FPA De Mare voldoet grotendeels aan deze norm.**

Het verder implementeren van de nieuwe werkwijzen en sturing hierop door het management is nodig. En tevens de mogelijkheid creëren van escaleren binnen het nieuwe multidisciplinaire samenwerken.

De directie licht toe dat protocollen voor forensische behandeling ontwikkeld en geïmplementeerd zijn. Voorheen waren er al vaste werkwijzen in de praktijk. Deze zijn inmiddels vastgelegd op papier en het beleid is hier en daar aangescherpt. De inspecties hebben dit nieuwe beleid ook ontvangen. Voorbeelden hiervan zijn de werkbeschrijving risicotaxatie middels de HKT-R; Proces aanmelding en intake Forensisch Klinisch, Proces behandeling Forensisch Klinisch en de werkbeschrijving delictanalyse Forensische Psychiatrie GGZ WNB. Medewerkers vertellen dat dit beleid op intranet vindbaar is op een speciale forensische pagina. De inspecties horen van medewerkers dat zij intranet raadplegen als zij onderling vragen hebben over werkwijzen. De directie vertelt dat er op de werkvloer meer bewustzijn is over vaste werkwijzen en de achtergrond ervan. Dit geldt ook voor het risicobewustzijn. Ook medewerkers bevestigen dit.

Tegelijkertijd horen de inspecties van de directie en medewerkers dat niet alle (nieuwe) werkwijzen al (volledig) geïmplementeerd zijn. Dit geldt bijvoorbeeld voor het onafhankelijk invullen en scoren van de HKT-R. Dit gebeurt volgens medewerkers niet (*zie ook norm 2.1*). Ook wordt door de medewerkers niet altijd gebruik gemaakt van de mogelijkheid om op behandeldoelen te rapporteren in het ECD (*zie ook norm 2.1*). De inspecties horen van de medewerkers dat sturing hierop ontbreekt. De directie beaamt dit. Dit komt in de volgende fase van de implementatie aan de orde, aldus de directie.

Op de afdelingen van FPA De Mare is een zorgafstemmingsgesprek (ZAG)-structuur ingericht: het eerste ZAG vindt standaard 6 weken na opname plaats. Het overleg is multidisciplinair wordt gevormd door de casemanagers, de forensisch begeleiders, de cliënt en de regiebehandelaren. In dit overleg wordt het behandelplan, dat wordt opgesteld door de casemanager, vastgesteld. De behandeldoelen worden mede op basis van de risico's uit de HKT-R en output van de delictanalyse vormgegeven. Er wordt voorafgaand aan het ZAG een signaleringsplan opgesteld, zo mogelijk samen met de cliënt.

Er is wekelijks een verzoekoverleg waar de aanvragen voor verlof en vrijheden (volgende stap daar in) multidisciplinair worden besproken. Dit gebeurt in de aanwezigheid van een onafhankelijk regiebehandelaar in het kader van tegenspraak. De medewerkers bevestigen deze procedure en geven voorbeelden van tegenspraak. Volgens de medewerkers is de mogelijkheid van opschalen als men het niet eens wordt in het MDO niet georganiseerd.

De directie en behandelaren vertellen dat schematherapie leidend is gemaakt in de behandeling. Alle medewerkers van FPA De Mare hebben hierin scholing gehad. Hierdoor lukt het beter om een eenduidige taal te spreken wanneer het over herstel van de cliënten gaat. Een behandelaar vertelt dat schematherapie niet voor alle cliënten zinvol of passend is, omdat ze de methodiek niet begrijpen. Ook wordt genoemd dat cliënten korte termijn gericht zijn en niet altijd energie willen steken in (lange termijn) behandeling.

Op FPA De Mare heeft (team)coaching plaatsgevonden: zowel op individueel- als op teamniveau. De directie vertelt dat dit gecontinueerd wordt. De medewerkers bevestigen dit en vertellen dat er het afgelopen jaar veel veranderd is in de samenwerking. In het verleden was er afstand tussen de behandelaren en de medewerkers. Inmiddels is deze afstand verkleind of zelfs verdwenen. Er zijn het afgelopen jaar veel behandelaren en medewerkers vertrokken. In de gesprekken horen de inspecties dat de huidige behandelaren beter bereikbaar zijn en dat er minder afstand wordt ervaren.

Door de personeelwisselingen zijn de teams nog in opbouw. Het ene team meer dan het andere. De medewerkers geven aan dat een nieuwe cultuur opbouwen tijd kost, maar dat zij er wel vertrouwen in hebben. Als goed voorbeeld wordt de FHIC genoemd, waarbij deze verandering volgens hen al heeft plaatsgevonden.

*Norm 3.2 Er is een opleidingsplan beschikbaar met een passend scholingsbeleid om de benodigde deskundigheid te kunnen leveren.*

**FPA De Mare voldoet aan de norm.**

Aandachtspunt is de borging van het scholingsbeleid (basisscholing en vervolgscholing). FPA De Mare is hiermee bezig.

Voor FPA De Mare is het Beleid opleidingsplan leren en ontwikkelen FPA De Mare beschikbaar, met daarin diverse scholingsonderdelen; het FOK, een standaard aanbod van scholingsactiviteiten, intervisie en individuele scholing. Individuele scholing kan volgens het beleid leren en ontwikkelen van GGZ WNB.

Sinds het vorige bezoek in november 2023 is FPA De Mare met het FOK gestart voor alle medewerkers, niet alleen nieuwe, maar ook ervaren medewerkers. De directie vertelt dat ten tijde van het bezoek 80% van de medewerkers het FOK heeft behaald.

De inspecties horen dat flexwerkers ook betrokken gaan worden in het forensische scholingsprogramma. Zij zullen niet het volledige FOK volgen, maar die delen die relevant zijn om voldoende kennis en forensische scherppte te hebben als ze op de werkvloer zijn. De directie vertelt dat er bij voorkeur gebruik wordt gemaakt van flexwerkers uit de interne pool, die geschoold zullen worden. Wanneer dit niet mogelijk is, wordt er gebruik gemaakt van externe flexwerkers.

Tijdens het bezoek is nog niet duidelijk hoe het vervolg scholingsaanbod vormgegeven zal worden. De directie vertelt dat er een doorlopende scholingscyclus komt. De directie denkt hierbij aan een lightversie van het FOK om de medewerkers op kennisniveau te houden.

*Norm 3.3 is niet getoetst.*

## **2.4 Overige gespreksonderwerpen**

### *Veiligheid van de afdeling*

De directie geeft aan dat zij graag nieuwbouw willen voor FPA De Mare. De plannen hiervoor staan op papier, maar de financiering is nog niet rond. Een aantal medewerkers geeft aan dat zij het gebouw van FPA De Mare niet geschikt vinden voor de forensische doelgroep.

De inspecties horen en zien dat sinds het vorige bezoek in november 2023 extra camera's zijn geplaatst om de dode hoeken op de afdelingen zichtbaar te maken. Op de drie stafkamers staan monitors waarop alle camera's te bedienen zijn. De medewerkers kunnen via de monitor kiezen welke locaties via camera zichtbaar zijn. De dode hoeken zijn hiermee weggenomen, zien de inspecties. Van medewerkers en een manager horen de inspecties dat niet is vastgelegd dat het cameratoezicht wordt overgedragen naar een ander team binnen FPA De Mare als een stafkamer tijdelijk onbemensd is. De inspecties horen dat op één van de stafkamers ook een beeldscherm is waarop bij een eventuele uitbraak duiding wordt gegeven van de locatie van de uitbraak.

Binnenkort wordt gestart met een nieuw persoonlijk veiligheidssysteem voor medewerkers, Bodyguard. Daarmee is direct zichtbaar op een beeldscherm waar medewerkers zich bevinden. Dit systeem moet bijdragen aan de veiligheid van medewerkers en cliënten, aldus directie en management.

Het cameratoezicht is volgens de inspecties op dit moment toereikend. Aandachtspunt hierbij is wel dat de verantwoordelijkheid voor het cameratoezicht wordt vastgelegd (en dat deze wordt overgedragen bij het verlaten van de verpleegpost). Daarmee bedoelen de inspecties dat FPA De Mare in een werkinstructie vastlegt welke medewerker(s) verantwoordelijk is/zijn voor het feitelijk cameratoezicht. Dit is van belang, omdat er meerdere plekken binnen FPA De Mare zijn waar monitors staan, terwijl niet afgesproken is wie verantwoordelijk is voor het uitkijken van de camera's. De IJenV hoort dat medewerkers niet zijn geschoold in het uitvoeren van tas- en kamercontroles. Ook vertellen zij dat cliënten standaard na verlof een urinecontrole (UC) en blaastest krijgen. Dit gebeurt volgens hen ook als cliënten niet bekend zijn met alcohol- en/of drugsgebruik. In reactie op het conceptrapport merkt de raad van bestuur op dat dit in de praktijk niet zo werkt. Dat zou ook niet herstelgericht zijn. Bijvoorbeeld wanneer cliënten er blijk van hebben gegeven een grote mate van verantwoordelijkheid te dragen en er geen aanwijzingen zijn voor middelengebruik, dan wordt dit niet standaard, maar zowel op indicatie als random (soms ook op basis van een minimum zoals opgenomen in de voorwaarden van iemand) controles uitgevoerd. Daarnaast krijgen alle cliënten standaard 1x in de circa twee weken een onaangekondigde UC. Kamercontroles worden op indicatie uitgevoerd.

### 3 Conclusies

#### *Conclusie*

FPA De Mare heeft hard gewerkt aan verbetering van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Er is nieuw beleid ontwikkeld en geïmplementeerd, waardoor het gestructureerd en multidisciplinair samenwerken verbeterd zijn. Het risicobewustzijn onder medewerkers is toegenomen door intensieve forensische scholing, teambuilding en inspiratiesessies over forensische scherpthe. Verder is het cameratoezicht in het gebouw toereikend gemaakt.

De inspecties concluderen dat de geboden behandeling en beveiliging grotendeels voldoen aan de getoetste normen. De inspanning van de medewerkers is er steeds op gericht om de cliënten van FPA De Mare met maatwerk goede herstelgerichte en veilige zorg en behandeling te geven.

FPA De Mare werkt continue aan de eigen kwaliteitsverbetering. Het verbetertraject dat is ingezet, wordt nog verder gecontinueerd. Dit is ook nodig. De inspecties hebben voldoende vertrouwen in de wijze waarop FPA De Mare de forensische zorgverlening vormgeeft.

#### *Wat gaat goed*

Binnen FPA De Mare is een visie op forensische zorg en de complexiteit van behandelen in veiligheid. De behandeling is maatwerk en enerzijds gericht op herstelondersteuning en anderzijds op de reductie van risico's. Methodisch werken is geïntroduceerd en forensisch beleid ontwikkeld of vernieuwd. Er wordt multidisciplinair samengewerkt in een sfeer, waarin medewerkers elkaar kunnen aanspreken en elkaar tegenspreken. Medewerkers zijn zich bewust van het belang van goede informatieoverdracht bij opname.

FPA De Mare heeft een eigen forensisch scholingsaanbod ontwikkeld voor nieuwe en vaste medewerkers. Ook voor flexwerkers wordt een aanbod ontwikkeld. Verder is er mede door het grote verloop onder personeel, aandacht voor de teamcultuur d.m.v. teambuilding.

#### *Wat kan beter*

FPA De Mare werkt hard aan goede en veilige forensische zorg. Wat beter kan is het implementeren van de nieuwe werkwijzen en sturing op werken volgens deze werkwijzen. Het uitvoeren in de praktijk van UC's en blaastesten vraagt hierbij ook aandacht.

FPA De Mare kijkt met de (nieuwe) eigen werkwijze voor het afnemen van de HKT-R gemotiveerd af van de Handleiding HKT-R. Dit is mogelijk zolang met de werkwijze voldaan wordt aan de eisen van goede en veilige zorg. Daarvoor is nodig dat deze werkwijze in de praktijk daadwerkelijk uitvoering krijgt. Ook dit kan beter.

Verder kan de borging van het scholingsaanbod beter. Daarbij is aandacht voor het uitvoeren van tas- en kamercontroles in het scholingsaanbod wenselijk. En de verantwoordelijkheid voor het cameratoezicht dient vastgelegd te worden.

## 4 Vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de inspecties van GGZ WNB verwachten. Daarna beschrijven de inspecties wat zij zullen doen naar aanleiding van dit bezoek.

### **Vervolgacties zorgaanbieder**

FPA De Mare voldoet grotendeels aan de normen. De inspecties verwachten dat de zorgaanbieder verbeteringen doorvoert volgens de lopende verbeterplannen. Daarbij vragen de inspecties aandacht voor:

- sturing door het management op de implementatie van en werken volgens de nieuwe werkwijzen (bijvoorbeeld HKT-R, doelgericht rapporteren);
- ontwikkeling van een escalatiemogelijk binnen het MDO;
- borging van het scholingsbeleid;
- vastlegging van de verantwoordelijkheid voor cameratoezicht.

### **Vervolgacties inspecties**

De inspecties verwachten dat GGZ WNB de verbeteringen doorvoert. Met dit rapport sluiten de inspecties het bezoek af.

## Bijlage 1

De inspecties hebben de volgende documenten ingezien:

- Behandelvisie Mare 1-2, Mare 3 en Mare 4
- Werkinstructie kamer- en kastencontrole
- Beleid leren en ontwikkelen nieuw augustus 2024
- Beleid risicomangement Forensische Psychiatrie GGZ WNB
- Protocol handelen bij ernstig incident calamiteit in de zorg
- Gedrags- huis- en afdelingsregels FPA De Mare
- INFO bij bijlage 3 aankondigingsbrief: locatie-informatie over FPA De Mare
- Onttrekking of vermissing cliënten Wvggz-titel en of forensische titel
- Opleidingsplan activiteiten FPA De Mare 2024
- Procedure verlof, vrijheden en bezoek FPA De Mare
- Proces Aanmelding en Intake Forensisch klinisch 1-10-2024
- Proces Behandeling Forensisch klinisch 1-10-2024
- Werkbeschrijving delictanalyse Forensische Psychiatrie GGZ WNB
- Werkwijze afname UDS forensisch
- Werkbeschrijving Risicotaxatie middels de HKT-R
- Opname en behandelbeleid Forensische psychiatrie GGZ WNB
- Verbeterplan FPA De Mare n.a.v. bezoek 13 november 2023
- Verbeterplan FPA De Mare n.a.v. 2 incidenten 2023



## Bijlage 2 Toetsingskader klinische overige forensische zorg

Thema 1: Sturen op kwaliteit en veiligheid (normen m.b.t. het bestuur)		
Norm	Bron	Wat toetst de inspectie?
1.1 De zorgaanbieder heeft een vastgestelde visie op forensisch beveiligen en behandelen en hoe dit binnen de afdeling/kliniek wordt vormgegeven.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Wkkgz artikel 2 en artikel 3</li></ul>	<p>De inspectie toetst of de zorgaanbieder de belangrijkste risico's – die samenhangen met het bieden van forensische zorg - in beeld heeft en beleid heeft en uitvoert, voor de patiëntveiligheid en voor een veilige samenleving.</p> <p>De inspectie kijkt hierbij of in de visie of in andere documenten is opgenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- De behandeling/begeleiding is primair gericht op de reductie van het recidiverisico. Wanneer veiligheid en persoonsgerichte zorg in tegenspraak zijn met elkaar, weegt veiligheid zwaarder in de afweging.</li><li>- Dat bij een intake en opname is geborgd dat voldoende informatie beschikbaar is.</li><li>- Hoe de bestuurder handelt bij ingewikkelde plaatsingsprocedures van (bijzondere, moeilijk behandelbare) patiënten zonder adequate verificatie (intake of onafhankelijk oordeel).</li><li>- Een element van samenwerking met PI/Reclassering.</li><li>- Hoe de visie van de RvB op FZ op de afdelingen OFZ als uitgangspunt in de geboden zorg is terug te zien, inclusief het verzorgen van een veilig werk- en leefklimaat.</li></ul>
1.2 De zorgaanbieder verzamelt op structurele wijze kwaliteitsinformatie en	<ul style="list-style-type: none"><li>- Wkkgz artikel 7, artikel 9 en artikel 10</li><li>- Governancecode Zorg 2017, Brancheorganisaties Zorg (BoZ),</li></ul>	De inspectie toetst of de raad van bestuur periodiek beschikt over kwaliteitsinformatie en daarbij werkt met een terugkerend patroon van planning, uitvoering, controle en bijstelling van werkzaamheden (Plan-Do-Check-Act-cyclus), om de kwaliteit van de zorg te vergroten.

<p>gebruikt deze voor kwaliteitsverbetering.</p>	<p>2016 (als de instelling hierbij is aangesloten)</p>	<p>De inspectie toetst in het bijzonder of de zorgaanbieder hierbij risicovolle processen in beeld heeft en beleid uitvoert om deze risico's te beperken (denk aan continuïteit van zorg, informatieoverdracht, risicomanagement).</p> <p>De inspectie toetst of de zorgaanbieder, in samenspraak met patiënten en naasten, een actueel beeld heeft van de kwaliteit van de zorg voor patiënten. Bijvoorbeeld door middel van een tevredenheids- of kwaliteitsmeting zoals de CQ index.</p> <p>De inspectie toetst of de zorgaanbieder invulling geeft aan patiëntmedezeggenschap binnen de klinische forensische zorg.</p> <p>De inspectie toetst of er een toegankelijke regeling is voor effectief en laagdrempelig melden en afhandelen van klachten.</p>
<p>1.3 De zorgaanbieder beschikt over een register voor de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg, bij intern gemelde incidenten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wkkgz artikel 7, artikel 9 en artikel 10</li> <li>- Governancecode Zorg 2017, Brancheorganisaties Zorg (BoZ), 2016 (als de instelling hierbij is aangesloten)</li> </ul>	<p>De inspectie toetst of de zorgaanbieder een interne procedure heeft vastgesteld, waarin stapsgewijs is aangegeven hoe zij omgaat met signalen van incidenten. Het handelen is zodanig dat er redelijkerwijs zo snel en adequaat mogelijk bescherming kan worden geboden of er maatregelen genomen kunnen worden.</p> <p>Van belang zijn de volgende punten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Is er een intern meldingssysteem voor (bijna)incidenten? Zo ja: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vindt structurele analyse plaats van (bijna)incidenten?</li> <li>- Worden de analyses aantoonbaar teruggekoppeld aan de medewerkers/melders?</li> <li>- Zijn er aantoonbaar verbetermaatregelen geformuleerd naar aanleiding van een incidentenanalyse?</li> <li>- Doet de zorgaanbieder mededeling aan de patiënt/relevante naasten over de aard en toedracht van een incident bij de zorgverlening?</li> </ul> </li> </ul>
<p>1.4 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zorgverleners</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wkkgz artikel 2 en artikel 3</li> <li>- Wet BIG</li> <li>- Kwaliteitsstatuut ggz, januari 2020</li> </ul>	<p>De inspectie toetst of de zorgaanbieder borgt dat zorgverleners hun deskundigheid voldoende op peil kunnen houden, afgestemd op de doelgroep waarmee zij werken en erop toeziet dat zorgverleners zich daadwerkelijk (bij)scholen.</p>

<p>ontwikkelingen in hun vakgebied kunnen bijhouden om goede, veilige en herstelondersteunende zorg te bieden, afgestemd op de doelgroep.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beroepscodes, zoals beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden, januari 2015</li> <li>- Competentieprofielen, zoals GZ-psycholoog, 2008</li> </ul>	<p>De inspectie toetst of de zorgaanbieder borgt dat zorgverleners die de risicotaxatie-instrumenten scoren hiertoe opgeleid zijn.</p>
---	---	--

## Thema 2: Persoonsgerichte aanpak en veiligheid voor de samenleving (normen m.b.t. de patiënt)

Norm	Bron	Wat toetst de inspectie?
<p>2.1 Risicomanagement: De behandeling van de patiënt is gericht op het beperken van risico's, op recidivepreventie en daarnaast op herstelondersteuning.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kwaliteitskader forensische zorg ten behoeve van de inkoop van forensische zorg door ForZo/JJI, versie mei 2020</li> <li>- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), Basiszorgprogramma</li> <li>- Uitvoeren van delictanalyses volgens de programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ)</li> <li>- Richtlijn met inachtneming van de aanbevelingen voor specifieke groepen en de eventuele verkorte werkwijze voor de overige forensische zorg in behandelsettings (FPC, FPK, FPA, PPC en ambulante behandeling)</li> </ul>	<p>De inspectie toetst of een patiënt beschikt over een actueel behandelplan en een actuele risicotaxatie en/of delictanalyse of een behandelplan met alleen een delictanalyse. Ook toetst de inspectie of de risico- en beschermende factoren zijn verwerkt in het behandel-, begeleidings- en signaleringsplan en indien van toepassing in een terugvalpreventieplan.</p> <p>De inspectie toetst of bij risicomanagement sprake is van een continu proces van evaluatie. Hierbij toetst de inspectie of zorgverleners de risico's van de patiënt voldoende in beeld hebben.</p> <p>De inspectie toetst of risicotaxaties worden gebruikt bij het vormgeven en bijstellen van de behandeling en begeleiding en of hierover multidisciplinair wordt overlegd.</p> <p>De inspectie toetst of een gestructureerde risicotaxatie (bijvoorbeeld HKT-R, of Static-99R, Stable-2007, Acute-2007, Dynamic Risk Outcome Scales) wordt gebruikt en of dit volgens de richtlijn gebeurt.</p> <p>De inspectie toetst of behandelaren zich voldoende inspanssen om het behandelplan in samenspraak met cliënt en naasten op te stellen en te evalueren.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Module Verkorte Delictanalyse, KFZ (in ontwikkeling)<sup>1</sup></li> </ul>	
<p>2.2 De inzet van delictanalyses gebeurt volgens de Kwaliteit Forensische Zorg richtlijn (ontwikkelnorm).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kwaliteitskader forensische zorg ten behoeve van de inkoop van forensische zorg door ForZo/JJI, versie mei 2020</li> <li>- Module Verkorte Delictanalyse, KFZ (in ontwikkeling)</li> </ul>	<p>De inspectie gaat na of de zorgaanbieder beleid heeft of ontwikkelt, waarin is opgenomen dat een delictanalyse op indicatie plaats dient te vinden bij de criteria 'ernstig delict' en 'hoog recidiverisico'.</p> <p>De inspectie gaat na of de inzet van delictanalyses gebeurt volgens de Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) richtlijn. Dit met inachtneming van de aanbevelingen voor specifieke groepen en de eventuele verkorte werkwijze voor de klinische overige forensische zorg (FPK, FVK, FPA, FVA, SGVLG).</p>
<p>2.3 Informatieoverdracht van en naar ketenpartners is geborgd.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wet forensische zorg (Wfz) artikel 2.1 en artikel 2.5</li> <li>- Besluit forensische zorg (Bfz) artikel 2.4 en 6.3</li> <li>- Kwaliteitskader forensische zorg ten behoeve van de inkoop van</li> </ul>	<p>De inspectie toetst of uitkomsten van diagnostiek, risicotaxaties en delictanalyses (delicttheorieën) bij doorstroom binnen de forensische zorgketen worden overgedragen, als dit volgens geldende (privacy) wet- en regelgeving mogelijk is.</p>

<sup>1</sup> De module in ontwikkeling is toegelicht op de website van KFZ: <https://kfz.nl/resultaten/verkorte-delictanalyse-call-2019-111>

	forensische zorg door ForZo/JJI, versie mei 2020	
2.4 Het verlofplan is passend bij de behandeling van de patiënt en de fase van de behandeling.	- Handreiking voor verlof, KFZ (in ontwikkeling) <sup>2</sup>	De inspectie toetst of het verlofplan voor een patiënt is ingevuld in het patiëntendossier; of er fases gehanteerd worden; of de multidisciplinaire afwegingen voor het verlofplan die worden gemaakt aansluiten op de risicotaxatie en de behandeling van de patiënt; of de reclassering en/of PI, plaatsende inrichting betrokken wordt; of gemeentes worden geïnformeerd; of voorwaarden voor verlof zijn vastgesteld; of het verlof wordt gemonitord en zo nodig wordt bijgesteld.  De organisatie heeft een beleid voor het toekennen van vrijheden en verloven, vertaald naar praktische handvatten voor professionals en in begrijpelijke taal voor de patiënt.

<sup>2</sup> De handreiking in ontwikkeling is toegelicht op de website van KFZ: <https://kfz.nl/resultaten/handreiking-voor-verlof-call-2019-118>

<b>Thema 3: Professionaliteit van zorgverleners (normen m.b.t. de zorgverlener)</b>		
<b>Norm</b>	<b>Bron</b>	<b>Wat toetst de inspectie?</b>
3.1 Zorgverleners werken multidisciplinair in teamverband en methodisch, passend bij hun functieniveau en expertise.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wkkgz artikel 2 en artikel 3</li> <li>- Kwaliteitsstatuut ggz, januari 2020</li> </ul>	<p>De inspectie toetst of zorgverleners in teamverband multidisciplinair en methodisch werken.</p> <p>De inspectie toetst of zorgverleners op basis van hun functieniveau en expertise gericht en planmatig werken aan de doelen uit het behandelplan, dat mede gebaseerd is op de risicotaxatie en de delictanalyse. Hun handelen en overwegingen daarbij zijn navolgbaar in het patiëntendossier.</p>
3.2 Er is een opleidingsplan beschikbaar met een passend scholingsbeleid om de benodigde deskundigheid te kunnen leveren.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wkkgz artikel 2 en artikel 3</li> </ul>	<p>De inspectie toetst of er een (specifiek) opleidingsplan (gericht op forensische zorgverlening) voor medewerkers beschikbaar is (bijvoorbeeld op het intranet).</p> <p>De inspectie toetst of het opleidingsplan periodiek wordt bijgesteld/geactualiseerd.</p> <p>De inspectie toetst of medewerkers het opleidingsplan/scholingsbeleid voor hun discipline kennen.</p> <p>De inspectie toetst of medewerkers in de gelegenheid zijn dit opleidingsplan te volgen.</p> <p>De inspectie toetst of de medewerkers hun deskundigheid en vaardigheden op peil houden voor de uitoefening van hun functie/taken (inclusief eigen verantwoordelijkheid voortvloeiend uit de Wet BIG).</p>
3.3 De zorgaanbieder organiseert en benut	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Governancecode Zorg 2017, Brancheorganisaties Zorg (BoZ),</li> </ul>	<p>De inspectie toetst of tijdens het MDO en daarbuiten men elkaar kritisch aanspreekt op (het afwijken van) werkafspraken of afspraken uit het behandelplan.</p>

tegenspraak, in de verwachting dat tegenspraak bijdraagt aan de kwaliteit van besluiten.	2016 (als de instelling hierbij is aangesloten) – Beroepscode, zoals Beroepscode voor psychiaters, 2010	De inspectie toetst of de raad van bestuur werkt aan een open aanspreekcultuur en een veilige cultuur waarin dilemma's, fouten, successen en externe feedback in de forensische zorg openlijk worden besproken, om ervan te leren.
--	--	--