



**kwaliteit  
forensische  
zorg**

2025

# **Samen optrekken in de forensische keten**

Ontwikkeling van een zakwoordenboek en een handreiking voor  
warme overdracht in de forensische zorg

Petra Schaftenaar, Maartje Clercx en Vivienne de Vogel

Datum van publicatie: oktober 2025

## Colofon

### *Opdrachtgever en financiering*

Programma Kwaliteit forensische zorg

### *Projectuitvoering*

Dr. P. Schaftenaar, Metis Zorg, opleider en onderzoeker

Dr. M. Clercx, Rooyse Wissel, onderzoeker

Prof. dr. V. de Vogel, Hogeschool Utrecht, Universiteit Maastricht, Van der Hoeven Kliniek, onderzoeker



Deze publicatie/dit project is tot stand gekomen met financiële ondersteuning van het Programma KFZ. Het Programma KFZ heeft daarnaast zorggedragen voor de inhoudelijke projectbegeleiding waarbij is gestuurd op kwaliteit, voorgangsbewaking en budgetbeheer. Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie voert namens het programma KFZ het projectmanagement.

© KFZ: Het intellectuele eigendom ligt bij de auteur(s). De auteur(s) stemt er mee in dat deze uitgave onvoorwaardelijk en zonder kosten gebruikt kan worden door alle instellingen binnen het forensische zorgveld



## Inhoudsopgave

|                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Samenvatting/abstract .....                                                  | 4  |
| 2. Inleiding .....                                                              | 6  |
| 2.1 Projectopzet en -organisatie .....                                          | 7  |
| 2.2 Leeswijzer .....                                                            | 7  |
| 3. Zakwoordenboek warme overdracht in de forensische zorg .....                 | 8  |
| 3.1 Methode ontwikkeling zakwoordenboek .....                                   | 8  |
| 3.2 Resultaten survey gemeenschappelijke taal .....                             | 8  |
| 3.2.1 Inleiding .....                                                           | 8  |
| 3.2.2 Methode.....                                                              | 9  |
| 3.2.3 Procedure.....                                                            | 9  |
| 3.2.4 Analyses .....                                                            | 10 |
| 3.2.5 Resultaten.....                                                           | 10 |
| 3.2.4 Conclusies survey.....                                                    | 16 |
| 3.3 Vormgeving en verspreiding zakwoordenboek .....                             | 16 |
| 4. Handreiking warme overdracht in de forensische zorg .....                    | 17 |
| 4.1 Inleiding.....                                                              | 17 |
| 4.2 Methode: vignetstudie en focusgroepen .....                                 | 17 |
| 4.3 Pilotstudie concept handreiking warme overdracht.....                       | 18 |
| 4.3.1 Bevindingen uit de pilotstudie .....                                      | 18 |
| 4.4 De definitieve handreiking .....                                            | 24 |
| 4.4.1 Schriftelijke informatieoverdracht voorafgaand aan de plaatsing .....     | 25 |
| 4.4.2 Mondelinge informatieoverdracht voorafgaand aan de plaatsing .....        | 25 |
| 4.4.3 Praktische info aan de cliënt voorafgaand aan de plaatsing.....           | 25 |
| 4.4.4 Dakpanconstructie: kennismaking vooraf en geleidelijke plaatsing.....     | 25 |
| 4.4.5 Daadwerkelijke plaatsing.....                                             | 25 |
| 4.4.6 Contact houden na plaatsing.....                                          | 26 |
| 5. Conclusies en aanbevelingen.....                                             | 27 |
| 5.1 Belangrijkste bevindingen.....                                              | 27 |
| 5.2 Beperkingen van het project.....                                            | 28 |
| 5.3 Aanbevelingen voor implementatie van de handreiking .....                   | 28 |
| 5.4 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek .....                               | 29 |
| Referenties.....                                                                | 30 |
| Bijlage 1. Deelnemende professionals en instellingen in de klankbordgroep ..... | 31 |
| Bijlage 2. Knelpuntenanalyse .....                                              | 32 |
| Bijlage 3. Survey gemeenschappelijke taal .....                                 | 46 |
| Bijlage 4. Vignetten .....                                                      | 47 |
| Bijlage 5. Poster Handreiking Warme overdracht .....                            | 51 |
| Bijlage 6. Checklist Handreiking Warme overdracht .....                         | 52 |

## 1. Samenvatting/abstract

Continue zorg en begeleiding zijn essentieel om terugval in delicten, (zelf)destructief of overlastgevend gedrag te voorkomen. In dit rapport wordt de ontwikkeling van een zakwoordenboek en een handreiking voor het organiseren van warme overdracht in de forensische zorg beschreven. Het zakwoordenboek en de handreiking zijn tot stand gekomen in nauwe samenwerking met 16 instellingen die verschillende soorten forensische zorg leveren (klinische en ambulante behandeling, begeleid of beschermd wonen, en thuisbegeleiding).

Eerst is een knelpuntenanalyse uitgevoerd, die bestond uit een literatuuronderzoek en drie focusgroepen. Vervolgens is het thema informatie-uitwisseling en gemeenschappelijke taal verder onderzocht door middel van een survey, welke door 709 Nederlandse forensische professionals werd ingevuld. In de survey kwam naar voren dat een meerderheid van de deelnemende forensische professionals (77%) weleens verwarring ervaart over bepaalde begrippen in de forensische zorg. Een ruime meerderheid (93%) gaf aan behoefte te hebben aan een begrippenlijst. Naar aanleiding van die resultaten is een concept begrippenlijst ontwikkeld. In twee consultatiegroepen werden de gevonden begrippen en definities minutieus doorgenomen en op basis van de feedback aangepast. Dit heeft geleid tot het deelproduct [Zakwoordenboek warme overdracht in de forensische zorg](#).

Parallel aan dit proces werd een vignetstudie rondom het thema warme overdracht uitgevoerd. Drie vignetten omschreven ieder een overgang van een fictieve forensische cliënt van een (fictieve) instelling naar een andere (fictieve) instelling. In twee expertgroepen werden aan de hand van de vignetten positieve en negatieve aspecten van de fictieve overdrachten verzameld. Deze zijn omgezet in een concept handreiking, die vervolgens in een pilot werd getest. Hieraan hebben 10 instellingen deelgenomen, die de concept handreiking hebben toegepast in 61 cases. Instellingen werden met een korte vragenlijst per overdracht en een afsluitend interview bevraagd naar hun ervaringen met en rondom de handreiking. Deze waren overwegend positief. Wel werden praktische belemmeringen benoemd die het volledig uitvoeren van alle stappen in de weg kunnen staan, onder meer tijdsdruk, personele capaciteit, financiering en onzekerheid over welke informatie wettelijk gedeeld mag worden. Verder bleek de handreiking niet in alle situaties toepasbaar te zijn. Op basis van de opgehaalde ervaringen in pilot is de handreiking nog enigszins aangepast. In dit rapport wordt de handreiking gepresenteerd, evenals een checklist die kan worden gebruikt om te monitoren hoezeer de handreiking bij een overdracht wordt toegepast. In de toekomst is het wenselijk om de ervaringen na brede toepassing van de handreiking te onderzoeken, evenals de implementatie ervan te borgen.

## Summary

Continuous care and supervision are essential to prevent relapse into offending, (self)destructive or nuisance behavior. This report describes the development of pocket dictionary and manual for organizing gradual and person-centered transfer. This manual was developed in close cooperation with 16 institutions that provide different types of forensic care (inpatient and outpatient treatment, housing first care, counseling at home).

First a problem analysis was conducted which consisted of reviewing the literature and three focus groups. The theme of information exchange and the use of a common language was further investigated by means of a survey, which was completed by 709 Dutch forensic professionals. The survey revealed that a majority of responding forensic professionals (77%) occasionally experience confusion about certain terms in forensic mental healthcare. A large majority (93%) expressed a need for a glossary. Based on those results, a draft dictionary was created. In two consultation groups, the terms and definitions found were meticulously reviewed and adjusted based on feedback. This resulted in the [Pocket dictionary on gradual and personal transfer in forensic mental healthcare](#).

Parallel to this process, we conducted a vignette study on the theme of gradual and person-centered transfer. Three vignettes each described a transition of a fictitious forensic client from one (fictitious) institution to another (fictitious) institution. In two expert groups, positive and negative aspects of the fictitious transfers were collected, which were then converted into a concept manual. The concept manual was subsequently tested in a pilot study. Ten institutions participated in this pilot, applying the concept manual in 61 cases. Institutions were questioned by means of a short questionnaire per transfer and a short concluding interview per institution about their experiences with and around the manual. Experiences with this manual were predominantly positive. However, several practical obstacles to fully executing all the steps of the gradual and personal transfer as outlined in the manual were identified. These included time pressure, personnel capacity, financing, and uncertainty about which information can legally be shared. Furthermore, the manual was found not to be applicable in all situations. As a result of the pilot, the manual was slightly modified. This report presents the manual for a gradual and person-centered transfer in forensic care as well as a checklist that can be used to monitor compliance with the manual during a transfer. In the future, it is recommended to investigate the experiences after wide application of the manual, as well as to take steps to secure implementation of the manual in the field.

## 2. Inleiding

Dit eindrapport is het verslag van de totstandkoming van het Zakwoordenboek Warme overdracht in de forensische zorg en de ontwikkeling van de Handreiking Warme overdracht in de forensische zorg (call 2023-190).

In diverse rapporten n.a.v. incidenten (o.a. Ministerie van VWS, 2023, Inspectie Justitie en Veiligheid, 2023) en veldverkenningen en beleidsdocumenten (zie o.a. [Kwaliteitskader Forensische Zorg](#), [AKWA Zorgstandaard Forensisch klinische zorg](#)) wordt het belang van informatie-uitwisseling in de forensische zorgketen, en warme overdracht tussen zorgverleners onderkend. Eerder onderzoek (o.a. [De Vogel et al., 2019](#); [Seegers et al., 2023](#)) laat echter zien dat rondom informatie-uitwisseling en warme overdracht in de forensische zorg ook veel knelpunten worden ervaren.

Het doel van dit project was om te komen tot: 1) een knelpuntenanalyse over problemen in de informatie-uitwisseling en warme overdracht in de forensische zorg; 2) een begrippenlijst (zakwoordenboek) omtrent overdracht in de forensische zorg; en 3) een handreiking voor warme overdracht van forensische cliënten. Dit project is uitgevoerd in nauwe samenwerking met professionals uit het forensische zorgveld (met een diversiteit aan instellingen en professionele functies, zie Bijlage 1).

De knelpuntenanalyse (zie Bijlage 2), is opgeleverd in januari 2024. Deze analyse vormde, samen met het projectplan, de inhoudelijke leidraad voor het project. De belangrijkste resultaten van de knelpuntenanalyse worden hieronder in Box 2.1 kort samengevat.

### Box 2.1: Resultaten knelpuntenanalyse

Concluderend kan worden gesteld dat op het gebied van informatie-uitwisseling drie thema's kunnen worden onderscheiden waarbinnen knelpunten te lijken bestaan:

- 1) Men is niet of nauwelijks bekend met bestaande middelen die beschikbaar zijn om richting te geven aan informatie-uitwisseling;
- 2) Instellingen hanteren overwegend zelf opgestelde protocollen en documenten waarin het informatie-uitwisselingsproces wordt beschreven. Daarnaast worden problemen ervaren door individuele interpretatie van (de noodzaak van) toestemming van de cliënt<sup>1</sup> om bepaalde informatie te delen, gebruik van verschillende systemen en tenslotte kan informatie gefragmenteerd door instellingen zijn verspreid en moet deze dan ook op verscheidene plekken binnen één instelling worden opgevraagd door de ontvangende instelling
- 3) Informatie-uitwisseling lijkt samen te hangen met bepaalde betrokken personen, wat bepaalt hoe makkelijk (of moeilijk) de informatie-uitwisseling tot stand komt (makkelijk wanneer men een vaste contactpersoon heeft, moeilijk(er) wanneer de contactpersoon wegvalt of men via bijvoorbeeld een algemeen emailadres informatie moet opvragen).

Op het gebied van warme overdracht lijkt consensus te bestaan over wat warme overdracht inhoudt of wat hierbij hoort, maar lijkt dit bij weinig instellingen daadwerkelijk geprotocolleerd of vastgelegd in afspraken. Daarnaast ervaart men praktische knelpunten, bijvoorbeeld in de personele bezetting of vragen hoe bepaalde tijd gedeclareerd moet worden. Overplaatsingen vanuit de PI worden regelmatig als 'koud' ervaren doordat enkel schriftelijke overdracht vooraf plaatsvindt, de cliënt zelf niet wordt gebracht en er geen direct contact is tussen medewerkers vanuit de PI en professionals van de ontvangende instelling. Hoe de overdracht door de cliënt dient te worden ervaren, of hoe overdracht m.b.t. de cliënt dient te worden vormgegeven is ook een punt van aandacht.

---

<sup>1</sup> In dit rapport wordt de term "cliënt" gebruikt. Waar "cliënt" staat kan ook patiënt, deelnemer, bewoner, of zorgvrager (in sommige gevallen ook gedetineerde / justitiabele) worden gelezen.

## 2.1 Projectopzet en -organisatie

Het projectteam werkte voor deze call samen met een klankbordgroep, gevormd door instellingen uit het forensische veld en een ervaringsdeskundige (zie Bijlage 1). Gedurende de looptijd van het traject (september 2023 tot en met augustus 2025) is de klankbordgroep zevenmaal online bij elkaar gekomen. Tijdens deze bijeenkomsten is informatie opgehaald, is om advies gevraagd over voorgenomen stappen binnen dit project en zijn uitkomsten uit deelonderzoeken gedeeld, getoetst en geëvalueerd, en besproken met betrekking tot implicaties voor de praktijk.

## 2.2 Leeswijzer

In dit eindrapport komen alle delen samen. In Hoofdstuk 3 beschrijven wij de totstandkoming van het Zakwoordenboek warme overdracht in de forensische zorg. In Hoofdstuk 4 beschrijven we hoe de Handreiking warme overdracht in de forensische zorg is ontwikkeld. Hoofdstuk 5 beschrijft de conclusies en beperkingen van dit project en tevens suggesties voor de praktijk en voor toekomstig onderzoek. Zoals eerder genoemd is de knelpuntenanalyse te vinden in Bijlage 2. Hierin is tevens meer achtergrondinformatie te vinden over de relevantie van het thema warme overdracht.

## 3. Zakwoordenboek warme overdracht in de forensische zorg

### 3.1 Methode ontwikkeling zakwoordenboek

Het ontwikkelen van het Zakwoordenboek warme overdracht in de forensische zorg hebben wij gedaan tussen februari en november 2024 aan de hand van de volgende stappen.

1. Als onderdeel van de knelpuntenanalyse hebben wij drie focusgroepen gehouden. Hierin hebben wij onder andere onderzocht of er een probleem werd ervaren rondom gemeenschappelijke taal in de forensische zorg, en of er behoefte was aan een begrippenlijst. Dit onder andere naar aanleiding van resultaten uit het eerdere KFZ-project Mind the Gap ([De Vogel et al., 2019](#)), waarbij een gebrek aan gemeenschappelijke taal als mogelijk knelpunt naar voren kwam. In de bespreking van dit thema bij de focusgroepen leek dit niet het geval, deelnemers gaven aan weinig problemen op dit gebied te ervaren (zie hiervoor het verslag van de knelpuntenanalyse, opgeleverd als separaat KFZ-tussenrapport, te vinden in Bijlage 2).
2. Wij hebben bij alle leden van de klankbordgroep documenten opgevraagd die zij in hun instelling gebruiken voor intakes/aanmeldingen en verwijzingen.<sup>2</sup> Deze documenten hebben wij geanalyseerd op gebruikte terminologie. Een deel hiervan is in vragen in de survey (zie stap 3) verwerkt.
3. In samenspraak met de klankbordgroep en programmacommissie KFZ hebben wij een tussenstap in het project ingevoegd en hebben wij een survey uitgezet onder een brede groep forensische professionals. De survey is door 709 Nederlandse forensische professionals ingevuld. De resultaten van deze survey worden later in dit hoofdstuk beschreven.
4. Op basis van de survey en de documentenanalyse is door het projectteam een keuze gemaakt in begrippen of termen die van belang zijn voor het Zakwoordenboek warme overdracht in de forensische zorg. De afbakening betrof begrippen die voorkomen of van belang zijn bij of rondom de overdracht van forensische cliënten.
5. Bij deze begrippen zijn bestaande definities gezocht (onder meer in de flipcards van het EFP, de definities uit het Kwaliteitskader Forensische Zorg en uit het handboek forensische zorg). Daar waar geen bestaande definities gevonden werden zijn deze ontwikkeld op basis van vakbronnen.
6. Er zijn twee consultatiemeetings (met in totaal 10 professionals) gehouden waarin alle begrippen getoetst zijn op juistheid, duidelijkheid en relevantie.
7. Naar aanleiding van de consultatiemeetings heeft de projectgroep de begrippen verder aangescherpt, resulterend in het uiteindelijke [Zakwoordenboek Warme overdracht in de forensische zorg](#).

### 3.2 Resultaten survey gemeenschappelijke taal

#### 3.2.1 Inleiding

Gedurende de eerste fase van het project, met name tijdens de focusgroepen, rezen er twijfels over de noodzaak van het ontwikkelen van een begrippenlijst (wat het oorspronkelijke plan was). Gebrek aan gemeenschappelijk taalgebruik werd niet direct als probleem ervaren door de deelnemers. Er werden in de focusgroepen wel enkele termen genoemd waarover onduidelijkheid bestaat, maar bij sommige van deze termen bestaat er in het algemeen ook nog geen duidelijke definitie (zoals wat het begrip risicomanagement betekent, of het begrip responsiviteit). Het gebrek aan gemeenschappelijke taal werd niet direct herkend als een kernoorzaak van problemen rondom warme overdracht. Het projectteam stelde om die reden voor om een tussenstap in te bouwen waarin de wens/noodzaak tot een begrippenlijst eerst in kaart werd gebracht. De programmacommissie KFZ is daarmee akkoord gegaan.

---

<sup>2</sup> Bij een overplaatsing is er sprake van twee partijen: één partij verwijst de cliënt, de andere partij ontvangt. Waar "verwijzend/verwijzer" staat kan ook "uitsturend(e)/verzendend(e)/overdragend(e)/overplaatsend(e)" worden gelezen.



Middels de documentanalyse en survey hebben wij onderzocht welke begrippen er vooral worden gebezigd en in hoeverre gemeenschappelijke taal en heldere definities een probleem vormen in de praktijk van de forensische zorg, om daarmee te kunnen inschatten of het maken van een begrippenlijst een daadwerkelijke aanvulling vormt voor de praktijk.

### 3.2.2 Methode

Eerst hebben we de klankbordgroepleden gevraagd om documenten aan te leveren die in hun instelling gebruikt worden bij aanmelding of verwijzing. Dit waren onder meer intakeformulieren, opnamechecklists, welkomstbrieven, indicatiestellingen, signalenplannen, verlofaanvragen, ontslagbrieven. Hieruit hebben we relevante begrippen geselecteerd die relevant zijn voor of bij warme overdracht, en waar mogelijk verwarring over kan ontstaan of waarbij verschillen in terminologie tussen instellingen werden opgemerkt.

Vervolgens hebben we een survey opgesteld in Microsoft Forms en werd deze online afgenomen. Het doel van deze survey was om te inventariseren in hoeverre er overeenstemming is over de betekenis van veelgebruikte begrippen of afkortingen. Ook hebben we in deze survey getoetst of professionals voldoende bekend zijn met de definities van de geselecteerde begrippen. De inhoud van de survey is samengesteld op basis van de documentanalyse en de eerdere knelpuntenanalyse (zie Bijlage 2), waaruit de meest voorkomende begrippen werden gehaald. De survey bestond uit een aantal stellingen, (gesloten) meerkeuzevragen en open vragen (zie Bijlage 3).

Wanneer potentiële deelnemers naar de survey pagina surften, kregen ze eerst een toelichting van het onderzoek en een digitaal *informed consent* te zien. Hierin was informatie opgenomen over het doel van het onderzoek, de verwachte tijdsduur van deelname en de eindverantwoordelijken. Daarna beantwoordden deelnemers anoniem enkele achtergrondvragen, zoals leeftijd, gender, professionele achtergrond en het aantal jaren werkervaring. Vervolgens werden stellingen voorgelegd, en enkele meerkeuzevragen en open vragen gesteld. Aangezien we wilden toetsen wat professionals op dit moment onder begrippen verstaan, hebben we er met opzet voor gekozen om geen 'weet niet' categorie te hebben, hoewel dit door veel respondenten werd gemist, blijkende uit onderstaande citaat.

*Ik had graag bij veel vragen ook het antwoord 'weet ik niet' kunnen invullen.*

In de instructie hebben we duidelijk vermeld dat het niet de bedoeling was om antwoorden op te zoeken, we weten echter niet of professionals dit ondanks de instructie toch hebben gedaan.

### 3.2.3 Procedure

De survey werd in de periode van 4 maart tot en met 28 maart 2024 verspreid via diverse kanalen, zoals LinkedIn, intranetpagina's van deelnemende forensische instellingen en via persoonlijke (mail)berichten van de leden van de projectgroep en klankbordgroep. De drie oorspronkelijke LinkedIn berichten die we tussen 4 en 28 maart plaatsten, zijn ruim 14.000 keer 'gezien', maar het is niet mogelijk om te onderscheiden hoeveel unieke personen dit omvat. Het is mogelijk dat er sprake was van bias en dat met name professionals die reeds interesse hadden in het thema of specifieke ervaringen rondom warme overdracht hebben meegedaan. Gezien de brede verspreiding van de survey en de diversiteit in de achtergrond van de respondenten wordt echter aangenomen dat dit een representatieve vertegenwoordiging van het forensische veld betreft. Het valt wel op dat relatief veel vrouwen de survey hebben ingevuld (76%). Dit is gezien de oververtegenwoordiging van vrouwen werkzaam in de forensische zorg echter niet verrassend.

In totaal begonnen 716 personen met de survey. Enkel hiervan waren nog geen 18 jaar oud ( $n=2$ ) of gaf geen toestemming ( $n=5$ ), deze personen zijn weggelaten uit de analyse. In totaal hebben 709 respondenten de survey voldoende volledig ingevuld. Dit wil zeggen dat er hooguit enkele openlatingen waren bij de open vragen, maar niet bij de stellingen en meerkeuzevragen. De gemiddelde invultijd was 24.13 minuten. Dit was langer dan vooraf ingeschat door het programma Microsoft Forms (ruim 9 minuten), mogelijk door de uitgebreide beantwoording van de open vragen. De antwoorden zijn door Microsoft opgeslagen in Excel format.

Aan het einde van de survey konden deelnemers aangeven of ze mee wilden doen aan een loterij en/of ze de juiste antwoorden wilden ontvangen, waarvoor ze hun mailadres moesten achterlaten. Deze zijn nimmer gekoppeld aan de gegeven antwoorden en enkel gebruikt om de loterijtrekking uit te voeren en om de goede antwoorden toe te sturen. Onder de respondenten die hun gegevens hebben ingevuld, zijn een taart en twee chocoladepakketten verloot. De mailadressen zijn direct na uitreiking van de prijzen verwijderd.

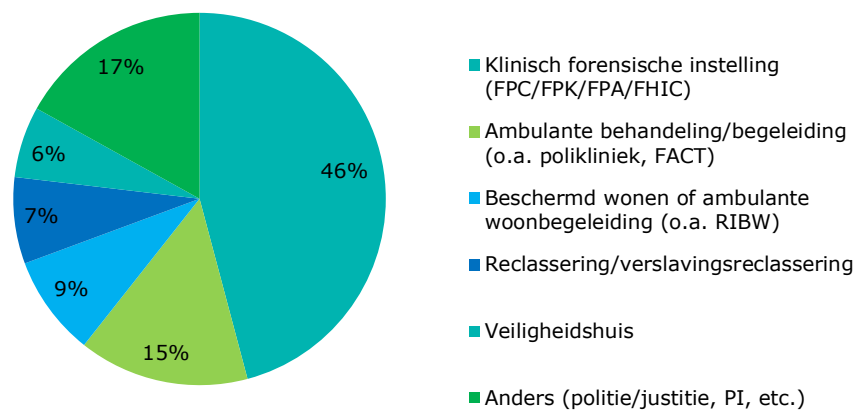
### 3.2.4 Analyses

De gesloten vragen van de survey zijn beschrijvend geanalyseerd in Excel. Alle antwoorden op de open vragen zijn inhoudelijk geclusterd en samenvattend (thematisch) geanalyseerd.

### 3.2.5 Resultaten

#### 3.2.5.1 Respondenten survey

De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 39.2 jaar (range 21-74 jaar). Er hebben 165 (23%) mannen en 541 (76%) vrouwen deelgenomen, één respondent gaf aan zich als non-binair te identificeren (0.14%), en twee respondenten (0.28%) wilden hier geen informatie over geven. Van de respondenten gaven er 325 (45.8%) aan werkzaam te zijn in een klinische setting (FPC, FPK, FPA, FHIC), 105 bij een forensische polikliniek of forensisch FACT-team (14.8%), 62 (8.7%) bij een RIBW/MO instelling, 44 (6.2%) bij Veiligheidshuis, 53 (7.5%) bij een van de reclasseringsorganisaties (3RO), en 120 (16.9%) gaven "anders" aan, doorgaans met een naam of specificatie van de instelling, en sommigen werkten op meerdere plekken. 27 respondenten (3.8%) gaven aan ervaringsdeskundig te zijn, 10 (1.4%) hadden dit ook als functie opgegeven. Het gemiddelde aantal jaren werkervaring was 9.1 jaar (range 0-45 jaar).



**Figuur 3.1** Overzicht van het type instelling waar respondenten werkzaam zijn

De functies van de respondenten waren divers, met als twee grootste groepen sociotherapeuten en psychologen met een rol in de behandeling (zie Tabel 3.1).

Het merendeel van de respondenten ( $n = 436$ , 61.5%) gaf aan dat direct contact met cliënten tot hun hoofdtaak behoort, bij 151 (21.3%) was dit contact er regelmatig, bij 54 (7.6%) soms, bij 34 (4.7%) nooit of zeer incidenteel en nog eens 34 (4.7%) gaf aan zelf geen contact met cliënten te hebben, maar wel inzage te hebben in de dossiers.

**Tabel 3.1 Functies respondenten**

| <b>Functietitel</b>                                              | <b>Frequentie (%)</b> |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| (groeps-)begeleider/sociotherapeut/sociotherapeutisch medewerker | 184 (26.0%)           |
| (GZ-)psycholoog, psychotherapeut                                 | 114 (16.1%)           |
| Verpleegkundige/verpleegkundige specialist                       | 67 (9.4%)             |
| Manager/leidinggevende functie                                   | 60 (8.5%)             |
| Regie-/hoofd behandeling                                         | 59 (8.3%)             |
| Reclassering/toezicht                                            | 50 (7.0%)             |
| Veiligheidshuis                                                  | 41 (5.8%)             |
| Instroom- of plaatsingscoördinator                               | 24 (3.4%)             |
| Vaktherapeuten docenten                                          | 18 (2.5%)             |
| Psychiaters                                                      | 17 (2.3%)             |
| Overig                                                           | 75 (10.6%)            |

### 3.2.5.2 Juiste antwoorden

Eerst werden verschillende stellingen en definities voorgelegd. In Tabel 3.2 worden de juiste antwoorden vermeld en hoeveel van de respondenten dit goed had.

**Tabel 3.2 Stellingen in de survey gemeenschappelijke taal, en percentage respondenten dat het goede antwoord heeft gegeven**

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Juiste antwoord | Juiste antwoord gegeven<br>N (%) |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------|
|     | <b>Stellingen</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                                  |
| 1.  | Een vroegsignaleringsplan is hetzelfde als een concept signaleringsplan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nee             | 597 (84.2%)                      |
| 2.  | Een delictscenario en een delictanalyse zijn hetzelfde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nee             | 641 (90.4%)                      |
| 3.  | Een terugvalpreventieplan is hetzelfde als een signaleringsplan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Nee             | 579 (81.7%)                      |
| 4.  | Ik ken de afkorting ZAG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Ja              | 445 (62.8%)                      |
| 5.  | Een dynamische delicttheorie en een delictscenario zijn hetzelfde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nee             | 602 (84.9%)                      |
| 6.  | A. Verlof' betekent 'langer dan 24 uur buiten de instelling zijn'<br>B. 'Vrijheden' zijn alle bewegingen buiten een instelling.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | B juist         | 182 (25.7%)                      |
| 7.  | A. Bij begeleid wonen heeft de cliënt een eigen woning<br>B. Beschermd wonen kan met en zonder verblijf, er is 24/7 beschikbaarheid van ondersteuning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Beide juist     | 86 (12.1%)                       |
|     | <b>Definities</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                                  |
| 8.  | Problemen in gedrag en houding: Problemen rondom normoverschrijdend gedrag en motivatie.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 | 239 (33.7%)                      |
| 9.  | Forensische scherpste: Forensische scherpste is kunnen observeren en herkennen van zelfs subtiele signalen van mogelijke escalatie. Hiervoor is algemene kennis, en kennis en bewustzijn van de patiënt <sup>3</sup> , van zijn of haar stoornis en de forensische setting/de forensische context nodig. Daarnaast is het herkennen van eigen onderbuikgevoel belangrijk, net als de capaciteit om hierover met collega's te communiceren, de bereidheid om te handelen wanneer nodig, en de realisatie dat dit in zichzelf ook een effect op de patiënt kan hebben. |                 | 617 (87.0%)                      |
| 10. | Criminogene factoren: De risicofactoren                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 | 374 (52.7%)                      |
| 11. | Zorgconferentie: Een multidisciplinaire bespreking met onafhankelijk professionals                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 | 482 (68.0%)                      |

Noot: bij Vraag 4 is het antwoord "Ja" uiteraard geen correct antwoord, we wilden hier vooral weten of mensen aangeven bekend te zijn met deze afkorting, dit zegt echter niets of ze ook weten wat het betekent.

Bij de open vraag over wat men verstaat onder responsiviteit werden zeer uiteenlopende antwoorden gegeven. Diverse respondenten gaven aan dat ze dit begrip vaak horen, maar eigenlijk niet zo goed weten wat het nu precies is. Een respondent zegt hier bijvoorbeeld over:

*Hele mooie woorden die een vermoedelijk simpele vraag extreem vaag maken. Ik heb geen idee.*

De meeste antwoorden bevatten wel de kern van responsiviteit, namelijk het afstemmen op de cliënt: goed kijken en luisteren naar wat jouw cliënt nodig heeft (door werkzame methoden te gebruiken en af te stemmen op de unieke kenmerken van de cliënt). Er waren echter ook respondenten die antwoorden gaven die niet de kern van het begrip responsiviteit<sup>4</sup> bevatten, zij benoemden bijvoorbeeld de snelheid van reageren of hoe effectief de behandeling is.

<sup>3</sup> Hier wordt wel de bewoording "patiënt" gebruikt, omdat dit is zoals het in de definitie (Clercx et al., 2020) staat en dit is letterlijk overgenomen in de survey.

<sup>4</sup> Zie voor meer informatie over definitie responsiviteit ook <https://kfz.nl/projecten/toepassing-van-het-responsiviteitsprincipe-in-de-klinische-forensische-zorg>

### 3.2.5.3 Verwarring over begrippen en tips voor begrippenlijst

In het volgende deel werd de vraag gesteld of men verwarring ervaart over forensische begrippen, of er behoefte is aan een begrippenlijst en zo ja, of men tips heeft voor de ontwikkeling daarvan.

#### **Ervaar jij wel eens verwarring over bepaalde forensische begrippen?**

Van alle respondenten gaven 543 (76.6%) aan wel eens verwarring te ervaren over bepaalde forensische begrippen, 166 (23.4%) respondenten herkennen dit niet. 476 respondenten noemden in het open antwoordveld daarbij een concreet voorbeeld. Begrippen die hierbij regelmatig als voorbeeld werden genoemd zijn: vroegsignalering, responsiviteit, forensische scherpste, delictscenario, dynamische delicttheorie, procesregie, etc. Meerdere respondenten leken hierbij geïnspireerd door de voorgaande vragen in de enquête. Ook werden er afkortingen genoemd als niet helder en verwarrend, en bepaalde uitspraken, zoals "cliënt is in de samenwerking". Enkele citaten ter illustratie:

*Alles met delict- en het woord dat daarachter komt.*

*Veel begrippen ken ik niet en moet ik dan googelen.*

*Forensische scherpste wordt erg veel gebruikt zonder dat het geconcretiseerd wordt wat nu wordt bedoeld.*

Op de vervolgvraag *Zo ja, welke gevolgen ervaar je hierdoor?* gaven 580 respondenten een reactie in het open antwoordveld. Een veelgenoemd gevolg was: miscommunicatie met mogelijke nadelige gevolgen voor de cliënt, maar ook voor zichzelf.

*Minder juiste bejegening van cliënt, minder juist afgestemd behandelplan.*

*Langs elkaar heen praten. Mogelijk worden doelen/interventies /risico's verkeerd/anders geïnterpreteerd dan bedoeld.*

#### **Denk je dat een lijst Gemeenschappelijke taal, waarin de meest gebruikte begrippen worden toegelicht behulpzaam is, en zou je die dan gebruiken in je dagelijkse werk?**

Een duidelijke meerderheid van 658 (93%) van de respondenten beantwoordde deze vraag met "Ja" en 51 (7.2%) met "Nee". Op de vraag *Heb je nog suggesties voor ons als we een dergelijke begrippenlijst zouden gaan ontwikkelen?* werd door 367 respondenten antwoord gegeven. Veel suggesties van de respondenten zijn onder te verdelen in opmerkingen over de inhoud, de vorm, of over het proces. De meest relevante/meest genoemde suggesties staan in Tabel 3.3 opgesomd. Hieronder worden enkele met citaten geïllustreerd.

Over het nut van een begrippenlijst werd meermaals genoemd dat een begrippenlijst slechts een hulpmiddel is en dat het belangrijk is om daadwerkelijk contact te houden en helder te communiceren. Dit werd duidelijk in onderstaande twee citaten:

*Ik weet niet of het opweegt tegen het werk wat zo'n lijst met zich meebrengt. Terminologie en de manieren waarom zaken gehanteerd worden, zijn aan verandering onderhevig, dus volgens mij kun je zo'n lijst nooit volledig omvattend maken. Ik denk dat direct contact met elkaar houden, het beste hierin werkt, beter dan een lijst. Neemt niet weg dat een lijst met een aantal algemene termen zinvol kan zijn.*

*Communicatie blijft het toverwoord; begrippenlijst is helpend maar dan nog blijft vragen en navragen van belang.*

Hoewel veel respondenten aangaven dat een begrippenlijst de problemen niet gaat oplossen, en dat men oog moet blijven houden voor goede onderlinge communicatie, vindt men toch dat een begrippenlijst behulpzaam kan zijn.

*Het 'groene boekje' voor de forensische zorg.*

*Het lijkt me erg handig, maar het zou dan een lijst moeten zijn die overal geïmplementeerd zou worden, lijkt me. Anders blijft er mogelijk miscommunicatie ontstaan tussen instellingen die de lijst wel/niet gebruiken. Ik zou eerst onderzoeken of er vraag naar een dergelijke lijst is bij instellingen en of deze daadwerkelijk gebruikt gaat worden.*

*Dat als je een begrip niet weet dat je in gesprek gaan met zowel interne collega's als externe partners die het begrip gebruiken. Daardoor zal je meer kennis opdoen en dat geeft je in de toekomst meer handvatten in je werk als forensisch professional.*

Genoemd wordt dat een dergelijke lijst wel toegankelijk, kort en bondig moet zijn, anders vrezen veel respondenten dat deze in de spreekwoordelijke bureaula zal verdwijnen. Verder werd meermaals de suggestie gedaan om de lijst digitaal beschikbaar te maken zodat deze continu aangepast kan worden, en mogelijk in de vorm van een app.

*Maak de lijst wel dynamisch en doe regelmatige updates.  
Beschikbaarheid via de website?*

Door vele respondenten werd aangegeven dat een dergelijke lijst vooral waardevol zal zijn voor jonge, nieuwe medewerkers, maar er werd ook gesuggereerd dat het juist voor managers nuttig zal zijn.

*Voor alle niveaus uit de organisatie begrijpelijk; van bestuurder/directeur tot aan begeleiders.*

Er werd regelmatig genoemd dat het prettig leesbaar en kort moet worden, en bij voorkeur ook voor cliënten (met LVB) te begrijpen is. Door sommigen werd als suggestie gegeven om een aparte versie te ontwikkelen voor cliënten. Meerdere respondenten hielden een pleidooi voor eenvoudig taalgebruik (bijvoorbeeld Taal voor Allemaal <https://www.taalvoorallemaal.com/>) en vermijden van afkortingen.

*Laat een "nono" meeluisteren en die de woorden aangeven die niet begrepen worden, of waarbij vragen ontstaan. Grote kans dat dat de woorden zijn die bij meer mensen uitleg behoeven.*

*Geen jargon gebruiken, maar gewoon eenvoudige en duidelijke taal, geen vaktermen, geen academisch jargon, geen Engelse of andere buitenlandse woorden, geen academische taal, maar eenvoudige, duidelijke en heldere taal die de client kan begrijpen, hoe moeilijk is dat?!*

Sommige respondenten gaven als tip mee om het wat breder te trekken en het voor alle ketenpartners bruikbaar te laten zijn.

*Gebruik naast uitleg van de termen ook een soort contextschets.  
Wanneer in welke situaties passen de begrippen?*

*Ook de begrippen, die ketenpartners (nauw betrokken bij het forensisch werken, zoals politie, OM, PI, BGD) gebruiken in meenemen.*

Door meerdere respondenten werd genoemd dat er op verschillende plekken ook lijsten te vinden zijn die gebruikt kunnen worden.

*In het handboek forensische zorg is een soortgelijke lijst, die kan je als basis hanteren. Het zou mij als met OFZ werkende ook helpen om terminologie toe te voegen van de wvvgz en wzd.*

*Afstemming op de Flipcards die ontwikkeld zijn onder programma Forensisch Vakmanschap: wellicht komen uit jullie onderzoek aanvullingen of verbeteruggesties.*

Verder ontvingen we enkele interessante tips over de vorm:

*Zet er ook grappige dingen in die veel gebruikt worden in de forensische wereld.*

*Op een ludieke manier brengen helpt.*

*Of bijvoorbeeld, net zoals in deze vragenlijst, een soort quiz bedenken waarin je kan oefenen met de verschillende begrippen waardoor deze beter blijven hangen.*

*Verschillen en overeenkomsten tussen jeugd en volwassen ook opnemen.*

*Hou deze lijst overzichtelijk en praktisch. Daarnaast fijn als er een zoekfunctie is.*

**Tabel 3.3. Suggesties van respondenten voor een te ontwikkelen begrippenlijst**

|                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Inhoud</b>                                                                                     |
| Includeer een lijst met afkortingen                                                               |
| Gebruik Nederlandstalige termen i.p.v. Engelstalig                                                |
| Zet synoniemen van één term bij elkaar                                                            |
| Gebruik niet te ingewikkeld taalgebruik, maak de lijst ook leesbaar voor cliënten                 |
| <b>Vorm</b>                                                                                       |
| Houd het kort en bondig                                                                           |
| Gebruik een digitale dynamische versie en houd de lijst up to date                                |
| Maak de lijst makkelijk toegankelijk/vindbaar                                                     |
| Gebruik andere vormen dan een lijst op papier, bijvoorbeeld een app, praatplaat, filmpje, webinar |
| Geef de lijst visueel aantrekkelijk vorm, maak geen lange opsomlijst                              |
| Zet eventueel plaatjes erbij of korte praktijkvoorbeelden                                         |
| Includeer een zoekfunctie                                                                         |
| <b>Proces van opstellen</b>                                                                       |
| Betrek het gehele veld, ook de minder voor de hand liggende ketenpartners, vb. vrijwillig kader   |
| Betrek cliënten                                                                                   |
| Betrek juristen                                                                                   |
| Betrek studenten                                                                                  |
| Kijk naar al bestaande lijsten, vb. flipcards Forensisch vakmanschap                              |
| <b>Implementatie</b>                                                                              |
| Maak een filmpje om bekendheid te geven aan begrippenlijst                                        |
| Probeer de lijst te integreren in werkprocessen (vb. op teamdagen)                                |
| Probeer de lijst te integreren in inwerkprogramma's nieuwe werknemers                             |
| Probeer de lijst te integreren in onderwijs                                                       |

### 3.2.4 Conclusies survey

Uit de survey, die is ingevuld door 709 professionals, is duidelijk geworden dat er veel verwarring heerst omtrent veelgebruikte begrippen. Dit kan vervolgens weer leiden tot miscommunicatie. Ook is duidelijk gebleken dat er behoefte is aan een lijst Gemeenschappelijke taal. De respondenten hebben vele interessante tips gegeven voor de inhoud, de vorm en het proces van opstellen. Ook moet hierbij aandacht zijn voor de implementatie van een dergelijke lijst. Sommige tips waren tegengesteld. Een uitdaging voor ons was om een lijst te ontwikkelen die voor het gehele veld bruikbaar is en dus veelomvattend is, maar tegelijk is zo kort en krachtig mogelijk. Het is belangrijk dat de lijst dynamisch is en dat regelmatig wordt geëvalueerd of de begrippenlijst voldoende duidelijk is en daadwerkelijk wordt gebruikt in de praktijk.

## 3.3 Vormgeving en verspreiding zakwoordenboek

De behoefte aan een zakwoordenboek over warme overdracht in de forensische zorg bleek zeer actueel. Als onderdeel van de [Forensische Leerlijn](#) worden ook begrippenlijsten ontwikkeld. Het eerder (dan het volledige eindrapport) uitbrengen van dit Zakwoordenboek warme overdracht in de forensische zorg als los deelproduct sluit aan bij die ontwikkeling. We hoopten hiermee nog meer verwarring over begrippen te voorkomen.

Inmiddels is het zakwoordenboek, dat in eigen beheer is vormgegeven, in digitale en drukversie beschikbaar. Het is te vinden op passende websites, waaronder [forensischvakmanschap.nl](#), de callpagina van KFZ en op de websites van de projectteamleden. Het zakwoordenboek is door het projectteam gepresenteerd op de Dag van de Forensische Zorg 2025 (20 mei 2025) en is op LinkedIn aangekondigd door het projectteam – een post die meer dan 450 “likes” heeft ontvangen en waaronder 75, overwegend positieve, reacties zijn geplaatst.



## 4. Handreiking warme overdracht in de forensische zorg

### 4.1 Inleiding

In de forensische zorg is het moment waarop zorg wordt overgedragen, tevens een moment waarbij het risico kan toenemen (Botha et al., 2009; Murphy et al., 2012; Wright et al., 2015). Een goede en zorgvuldig vormgegeven overdracht is dus niet alleen van belang voor continuïteit van de zorg voor de cliënt<sup>1</sup>, maar ook om risico's voor de samenleving zoveel mogelijk te beperken (Forchuk et al., 2005; Reynolds et al., 2004; Schaftenaar et al., 2018).

Het [Kwaliteitskader Forensische Zorg](#) (KKFZ) stelt dat continuïteit van zorg en een optimale overdracht van informatie belangrijk zijn. In het KKFZ (p. 29) wordt over de overdracht beschreven<sup>5</sup>:

- 1. Overdracht is gericht op continuïteit van zorg met een optimale overdracht van informatie. De patiënt/cliënt<sup>5</sup> 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;*
- 2. De organisatie organiseert een "warme" overdracht. Indien mogelijk vindt kennismaking met de vervolrganisatie plaats binnen de overdragende organisatie;*
- 3. 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<sup>5</sup> de delictanalyse gaat uitvoeren).*

Het doel van de handreiking voor het vormgeven van een warme overdracht is tweeledig:

- A. Het uitvoeren van bepaalde stappen of het vormgeven van de zorg op een dusdanige manier dat de kans op herhaling niet toeneemt bij de overdracht van zorg naar een andere partij;
- B. Het leveren van een kwalitatief goede, stapsgewijze overdracht, waarbij de zorg zo naadloos mogelijk op elkaar aansluit, en waarbij zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de (behoeften van de) cliënt.

### 4.2 Methode: vignetstudie en expertgroepen

Voor de ontwikkeling van de handreiking heeft het projectteam drie verschillende vignetten geschreven (zie Bijlage 4) met daarin zowel veronderstelde knelpunten als positieve punten. Deze knelpunten en positieve punten zijn opgehaald uit de focusgroepen in kader van de knelpuntenanalyse (zie Bijlage 2). Ieder van deze vignetten beschreef een overgang van een fictieve cliënt tussen diverse vormen van forensische zorg (van PPC naar FPK, Van FPA naar beschermd wonen en van FPA naar ambulante behandeling en woonbegeleiding thuis). Ook de beschreven instellingen waren fictief. De vignetten zijn vooraf besproken in- en akkoord bevonden door de klankbordgroep. Naar aanleiding hiervan zijn er inhoudelijk geen wijzigingen toegepast. Wel is de overgang van klinisch naar ambulante behandeling/thuis wonen toegevoegd.

Vervolgens zijn er twee expertgroepen gehouden (in mei 2024,  $n=10$  en  $n=7$ ). De expertgroepen zijn uitgevoerd met professionals die veel te maken hebben met overplaatsingen (denk aan plaatsingscoördinatoren, netwerkbegeleiders, sociotherapeuten en behandelverantwoordelijken). Tijdens deze expertgroepen beoordeelden de professionals de vignetten en gaven zij aan welke aspecten rondom elke fictieve casus zij positief vonden en waarom, en welke aspecten aan de fictieve overdracht zij negatief beoordeelden en waarom. Deze toevoegingen reflecteerden hun feitelijke werkpraktijk ('zo doen wij dat hier' of 'zo doe ik dat') of bestonden uit wensen ('het liefst

---

<sup>5</sup> Deze tekst is letterlijk overgenomen uit het KKFZ. Hier worden beide termen genoemd om de letterlijke tekst van het KKFZ te waarborgen.

zou ik ...'). Over het geheel genomen waren de deelnemers het eens over wat positieve en negatieve aspecten zijn, hoewel er uiteraard verschillen in ervaring en werkwijzen in hun eigen instellingen bestonden. Deze discussies waren op zichzelf al waardevol voor de deelnemers. Vervolgens zijn de gemaakte opmerkingen door deelnemende professionals (kernwoordelijk) genoteerd. Daarna is per fase in de overdracht gekeken naar de genoemde thema's door professionals. De fasen die werden onderscheiden zijn 1) de periode voorafgaand aan de overplaatsing, 2) de daadwerkelijke overplaatsing en 3) de fase na overplaatsing. Binnen de expertgroepen werd tot op vrij gedetailleerd niveau doorgevraagd (bijvoorbeeld wat moet er dan aan de orde komen in een filmpje over de toekomstige instelling, welke informatie moet worden overgedragen) zodat de handreiking voldoende concreet kon worden opgesteld. Hierbij werden deelnemers uitgenodigd om te spreken over belemmeringen die zij in de dagelijkse praktijk ervaren, maar ook uitgedaagd om te brainstormen over hoe een warme overdracht er idealiter uit zou zien indien die belemmeringen niet zouden bestaan. De vignetstudie is vervolgens thematisch geanalyseerd door de projectgroep leden, eerst afzonderlijk, vervolgens in onderling overleg waarbij consensus werd bereikt over de thema's. Deze resultaten zijn gevoegd bij de bevindingen uit de knelpuntenanalyse en expertgroepen.

Na een integratie van de resultaten uit de knelpuntenanalyse, survey, vignetstudie en de focusgroepen, werd duidelijk dat er drie verschillende fasen kunnen worden onderscheiden tijdens een overplaatsing, die ieder ook weer verschillende aspecten omvatten. Bij iedere fase zijn de knelpunten of positieve aanbevelingen door middel van thematische analyse samengebracht door de projectgroep. De fasen en daarin onderscheiden aspecten zijn concreet uitgeschreven, waarbij is getracht een ideale werkwijze te schetsen, maar waarbij ook nadrukkelijk oog werd gehouden voor de dagelijkse praktijk. Opmerkingen van professionals uit de vignetstudie zijn verwerkt als concrete voorbeelden. Op deze wijze is door het projectteam een concept handreiking warme overdracht opgesteld. De concept handreiking is bewust kort gehouden, maar biedt tegelijkertijd handvatten en richting aan minimale vereisten van bepaalde onderdelen (bijvoorbeeld dat actuele informatie die een cliënt ontvangt over een ontvangende instelling in begrijpelijke taal is opgesteld). De concept handreiking is vervolgens ter consultatie voorgelegd aan de klankbordgroep – waarna nog enkele aanpassingen hebben plaatsgevonden.

## 4.3 Pilotstudie concept handreiking warme overdracht

In totaal is de concept handreiking 61 keer uitgevoerd tijdens een overdracht, door 10 deelnemende instellingen. De concept handreiking is niet door alle deelnemende instellingen uit de klankbordgroep getest. Enkele van deze instellingen nemen zelf geen cliënten in zorg maar hebben een andere rol in het proces, zoals de Reclassering. Sommige instellingen hadden geen overplaatsingen in de betreffende periode. Andere instellingen zegden wel deelname toe, maar bleek dit in de praktijk toch niet haalbaar. De pilotfase heeft geleid tot de volgende bevindingen, die zijn meegenomen in de definitieve handreiking.

### 4.3.1 Bevindingen uit de pilotstudie

In de pilot is gebruikgemaakt van de volgende werkwijze. De concept handreiking is (na vaststelling in samenspraak met de klankbordgroep) toegestuurd aan alle deelnemende instellingen, tezamen met een korte werkinstructie. Alle deelnemende instellingen gaven vooraf een schatting van het mogelijke aantal cases waarbij zij dachten de concept handreiking te kunnen toepassen in de pilot. Dit kwam uit op een totale schatting van 57 tot 69 cases. Het totaal aantal daadwerkelijk uitgevoerde cases ( $n = 61$ ) valt hierbinnen.

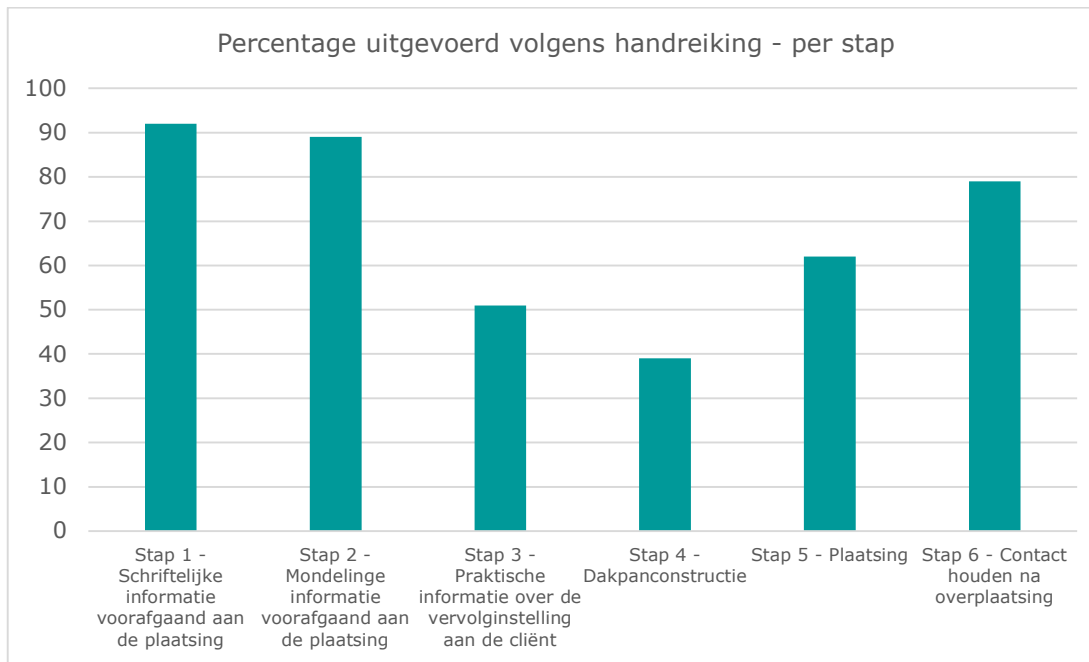
Per afgehandelde casus hebben alle deelnemende instellingen een korte (online) vragenlijst ingevuld. Deze bestond uit enkele achtergrondvragen (vanuit welk kader/type zorg vond de overplaatsing plaats, naar welk kader/type zorg werd de cliënt uitgeplaatst). Per stap in de handreiking werd vervolgens middels een gesloten vraag onderzocht of het was gelukt om die stap uit te voeren zoals beschreven in de handreiking (ja/nee), en werd een open vraag gesteld "Wat ging er goed of waarom is het niet gelukt?". Daarnaast zijn alle deelnemende instellingen door de projectgroep gesproken in een kort interview ( $\pm 20$  min) om te bespreken hoe het werken met de concept handreiking is verlopen.

In totaal zijn er 61 casussen opgenomen in de pilot, over 10 instellingen. Eén instelling heeft één casus volgens de concept *Handreiking warme Overdracht in de forensische zorg* uitgevoerd, bij één andere instelling zijn twee casussen gepilot, de overige instellingen hebben tussen de 3 en 26 casussen volgens de concept handreiking uitgevoerd. Veel casussen werden vanuit de PI of een PPC (al dan niet vanuit een crisisafdeling) overgeplaatst ( $n=25$ , 41.0%), maar er werden ook veel casussen overgeplaatst vanuit een forensische beschermd wonen locatie (wonen op een groep; 10, 16.4%), FPK ( $n=6$ , 9.8%), FPA ( $n=5$ , 8.2%), of forensische polikliniek ( $n=5$ , 8.2%). Overplaatsing was in veel gevallen naar PI of PPC ( $n=15$ , 24.6%; waaronder naar een andere afdeling of naar een andere PI), of naar een forensisch begeleid wonen situatie ( $n=7$ , 11.5%). Zie Tabel 4.1 voor een overzicht van het type setting van waaruit en waar naartoe werd overgeplaatst.

**Tabel 4.1 Beschrijving instellingen in pilot**

| Verwijzende <sup>2</sup> instelling               | Frequentie (%) | Ontvangende instelling                               | Frequentie (%) |
|---------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------|----------------|
| FPC Klinische afdeling                            | 1 (1.6%)       | Forensisch beschermd wonen – individuele woning      | 1 (1.6%)       |
| FPC (pre-)resocialisatie afdeling/TMV             | 4 (6.6%)       | FPK                                                  | 1 (1.6%)       |
|                                                   |                | Forensisch begeleid wonen                            | 2 (3.3%)       |
|                                                   |                | Reclassering                                         | 1 (1.6%)       |
| FPK                                               | 6 (9.8%)       | Forensische Polikliniek & “anders”                   | 1 (1.6%)       |
|                                                   |                | Forensisch begeleid wonen & forensische polikliniek  | 1 (1.6%)       |
|                                                   |                | FPC (pre-) resocialisatieafdeling                    | 1 (1.6%)       |
|                                                   |                | FPA                                                  | 1 (1.6%)       |
|                                                   |                | Reclassering & “anders”                              | 1 (1.6%)       |
|                                                   |                | Niet-forensisch beschermd wonen – individuele woning | 1 (1.6%)       |
|                                                   |                |                                                      |                |
| FPA                                               | 5 (8.2%)       | Forensisch beschermd wonen – groepslocatie           | 3 (4.9%)       |
|                                                   |                | Niet-forensisch beschermd wonen – groepslocatie      | 2 (3.3%)       |
|                                                   |                |                                                      |                |
| Forensisch Beschermd wonen - Groepslocatie        | 10 (16.4%)     | Niet-forensisch begeleid wonen                       | 2 (3.3%)       |
|                                                   |                |                                                      |                |
|                                                   |                | Forensisch begeleid wonen                            | 4 (6.6%)       |
|                                                   |                | Forensisch beschermd wonen – individuele woning      | 2 (3.3%)       |
|                                                   |                | Forensisch beschermd wonen – groepslocatie           | 1 (1.6%)       |
| Forensisch Beschermd wonen - Individuele bewoning | 1 (1.6%)       | Reclassering & “anders”                              | 1 (1.6%)       |
| Forensisch Begeleid wonen                         | 2 (3.3%)       | “anders/uit zorg”                                    | 1 (1.6%)       |
|                                                   |                | Forensisch beschermd wonen – groepslocatie           | 1 (1.6%)       |
|                                                   |                | Niet-forensisch begeleid wonen                       | 1 (1.6%)       |
| Forensische polikliniek                           | 5 (8.2%)       | FPA & MO & “anders”                                  | 1 (1.6%)       |
|                                                   |                | Forensische polikliniek                              | 1 (1.6%)       |
|                                                   |                | “Anders”                                             | 3 (4.9%)       |
| PPC (Incl. crisisafdeling)/PI                     | 25 (41.0%)     | FPC                                                  | 1 (1.6%)       |
|                                                   |                | FPC (pre-) resocialisatieafdeling                    | 1 (1.6%)       |
|                                                   |                | FPA                                                  | 1 (1.6%)       |
|                                                   |                | Niet-forensisch beschermd wonen – groepslocatie      | 1 (1.6%)       |
|                                                   |                | PPC (Incl. crisisafdeling)/PI                        | 15 (24.6%)     |
|                                                   |                | “anders/uit zorg”                                    | 5 (8.2)        |
|                                                   |                | Ketensamenwerking/meerdere zorgtypen ingevuld        | 1 (1.6%)       |
|                                                   |                |                                                      |                |
| Ketensamenwerking/meerdere zorgtypen ingevuld     | 2 (3.3%)       | FPC                                                  | 1 (1.6%)       |
|                                                   |                | Niet-forensisch beschermd wonen – groepslocatie      | 1 (1.6%)       |

Per stap uit de concept handreiking is gevraagd of dit bij betreffende casus is gelukt (zie Figuur 4.1), en met een open vraag is de mogelijkheid geboden om toe te lichten waarom het wel of niet is gelukt. De vraag of een bepaalde stap wel of niet is gelukt is geanalyseerd met beschrijvende statistiek (frequenties), de open vragen zijn middels thematische analyse (Braun & Clarke, 2006) geanalyseerd.



**Figuur 4.1 Percentage geslaagd per stap van de handreiking Warme overdracht**

Bij stap 1 – overdracht van schriftelijke informatie – gaven 56 respondenten (91.8%) aan dat dit bij betreffende casus is gelukt. In de gevallen waar dit niet is gelukt, wordt aangegeven dat stukken ontbraken of niet voorhanden waren, en daarom niet zijn doorgestuurd, of dat er geen toestemming is gegeven door de cliënt. In de toelichting bij de casussen waarin was aangegeven dat dit wel was gelukt bleek toch dat er ook een aantal knelpunten worden ervaren. Zo wordt genoemd dat men worstelt met vraagstukken rondom privacywetgeving (wat mag wel en niet gedeeld worden), en dat het soms pas laat bekend wordt dat iemand overgeplaatst gaat worden c.q. dat iemand zéér binnenkort terecht kan bij de vervolginstelling (bijvoorbeeld de volgende dag). In dergelijke gevallen vindt men het lastig om alle informatie vooraf toe te sturen, vanwege het korte tijdsbestek.

Bij stap 2 – overdracht van mondelinge informatie – werd bij 54 casussen (88.5%) aangegeven dat dit was gelukt. In de gevallen waarin het niet was gelukt werd onder andere aangegeven dat de plek onverwacht en op korte termijn vrijkwam in de feestdagenperiode waardoor er weinig vast personeel aanwezig was (er is niet toegelicht of men bedoelde bij verwijzende of bij ontvangende partij). Daarnaast wordt aangehaald dat het lastig is om de juiste persoon te vinden aan wie overgedragen moet worden, of dat overdragen aan een heel team lastig gevonden wordt. Diegenen waarbij deze stap wel is gelukt geven vooral verdieping aan tussen wie, of op welk moment de mondelinge overdracht heeft plaatsgevonden. Dit lijkt overwegend de (regie)behandelaar, en het contact lijkt zowel vooraf (bijvoorbeeld door wederzijds bijwonen van behandelplanbesprekingen) als tijdens de overplaatsing plaats te vinden.

Stap 3 betreft het verschaffen van informatie over de vervolgplaatsing aan de cliënt. Dit is in 31 (50.8%) gevallen gelukt. In de casussen waarbij dit wel is gelukt wordt opgemerkt dat de cliënt bijvoorbeeld een brochure heeft ontvangen, of wordt informatie over de ontvangende afdeling mondeling verstrekt tijdens een kennismakingsgesprek. Ook wordt in sommige gevallen gemeld dat de cliënt een lege kamer kon bekijken of vooraf is gaan koffiedrinken om kennis te maken. In de gevallen waarin dit niet is gelukt meldt een groot deel dat er geen informatie beschikbaar was. In enkele gevallen blijken respondenten hier te hebben aangemerkt dat niet aan deze stap is voldaan terwijl uit het open antwoord blijkt dat cliënt wel (mondelinge) informatie heeft ontvangen of een kamer is getoond via beeldbellen (maar niet middels een gestandaardiseerd middel zoals een filmpje of brochure).

Stap 4 omschrijft het overplaatsen van een cliënt via een dakpanconstructie (de overgang gaat zo langzaam als nodig en wordt in kleine stappen gezet, te beginnen met bijvoorbeeld koffiedrinken op

de nieuwe plek). Dit is in 24 gevallen (39.3%) gelukt. Als redenen voor het niet voldoen aan deze stap wordt opgegeven dat dit niet kan bij een PPC; dat er maar korte tijd zat tussen het beslismoment en de daadwerkelijke overplaatsing of dat de fysieke afstand tot de ontvangende instelling te groot was om dit te doen. Ook melden enkele respondenten hier hun best te hebben gedaan deze stap wel mogelijk te maken, en zijn zij bijvoorbeeld wel gaan koffiedrinken, maar is overnachten vooraf niet mogelijk geweest. In de gevallen waarin dit is gelukt, wordt gesproken over een geleidelijke en langdurige kennismaking, waarbij bijvoorbeeld meermaals koffie wordt gedronken of de verhuizing (van spullen) gefaseerd heeft plaatsgevonden. In geval van overdracht naar reclassering wordt beschreven dat de reclassering ruim (minimaal enkele weken) voor de daadwerkelijke overdracht is gaan meekijken en kennis heeft gemaakt met de cliënt.

Bij stap 5 wordt de daadwerkelijke plaatsing beschreven, deze is bij voorkeur samen met een begeleider. Dit wordt in 38 (62.3%) gevallen beschreven als gelukt. In de gevallen waar dit is gelukt wordt veelal beschreven dat personeel van de verwijzende instelling niet alleen meereist, maar ook helpt met inpakken van de spullen en vervolgens met de cliënt meegaat en ter plaatse nog een gesprek heeft. In de gevallen waarin het niet is gelukt, wordt veelal (een gebrek aan) personele bezetting en/of een grote afstand tot de ontvangende instelling, of een combinatie van beiden, als toelichting genoemd.

Stap 6 beschrijft ten slotte dat de verwijzende instelling nog enige tijd contact houdt met de cliënt na de overplaatsing. Dit is volgens respondenten in 48 casussen (78.7%) gelukt. Hierbij blijkt uit de toelichting dat er voornamelijk contact is met behandelaars en/of begeleiders van de nieuwe instelling, niet zozeer met cliënten zelf. In de gevallen waar er wel contact is met cliënt betreft dit voornamelijk telefonisch contact, in enkele gevallen wordt de cliënt nog bezocht. Bij de respondenten die aangeven dat dit niet gelukt is, valt met name de toelichting op dat de cliënt dit zelf niet wilde, maar ook dat praktische zaken (o.a. drukte/ziekte) hebben verhinderd dat dit heeft plaatsgevonden. Ook wordt er door een enkeling aangegeven dat contact houden na overplaatsing niet "het gebruik is" of dat de cliënt maar kort in zorg is geweest waardoor er nauwelijks een therapeutische relatie is opgebouwd.

De open vragen uit de vragenlijst, en de tien interviews zijn geanalyseerd door middel van thematische analyse (Braun & Clarke, 2006). Onderstaand presenteren we deze resultaten in drie rubrieken: a) positieve ervaringen met de handreiking, b) negatieve ervaringen met de handreiking, c) Belemmeringen naar aanleiding van de handreiking (systeem, keten, extern).

#### a) Positieve ervaringen met de handreiking

De handreiking wordt over het algemeen als nuttig beschouwd. Acht van de tien instellingen ervoeren het werken met de handreiking als een behulpzame checklist. Daardoor ging men zorgvuldiger te werk. Het zijn herkenbare stappen en de handreiking leidde ook tot het inzicht dat instellingen al veel op deze manier deden. Door de handreiking werden er door drie instellingen bewust kleine(re) stapjes gezet met de cliënt, bijvoorbeeld door goed en langzaam te informeren. De handreiking gaf in sommige pilots een specifieke toevoeging, zoals het hierdoor betrekken van het netwerk en de mondelinge overdracht. Door de mondelinge overdracht werd het onderlinge begrip voor verschillen tussen instellingen vergroot. Daar waar ontvangende instellingen bevraagd zijn door de verwijzer, waren zij positief over de werkwijze (ook dat naderhand nog contact is gezocht). De dakpanconstructie wordt door de verwijzende instellingen gewaardeerd, maar is niet altijd en overal mogelijk. Ook werd aangegeven dat de handreiking ook aanleiding heeft gegeven tot het bekijken van het proces van instroom in de eigen instelling (ondanks dat de handreiking tijdens de pilot gebruikt diende te worden bij uitstroom). Tot slot nog een paar illustraties van positieve ervaringen:

*Als er wordt overgedragen naar een afdeling/team waar geen forensische cliënten zijn, is deze checklist behulpzaam. Dan is het minder vrij voor eigen interpretatie voor de ontvangende afdeling.*

*Bij instellingen die meededen met het project ging de communicatie, het zoeken naar de juiste persoon, veel makkelijker. Dan wist je sneller waar je moest zijn en bij wie. Er was dus herkenning op de inhoud. Ook werd er tijd vrijgemaakt en een rondleiding gegeven toen we op bezoek kwamen.*

*Het warme gedeelte is belangrijk. De informatieoverdracht is van belang, maar dit benadrukt nog meer hoe belangrijk het is voor de cliënt om langzaam te werken aan de nieuwe situatie. Ook de band met de cliënt komt hierdoor meer naar voren: het zijn grote stappen voor ze. Dit warme gedeelte is echt heel belangrijk en wordt hier meer bij benadrukt.*

*Het afscheid is relatie-afhankelijk. We hadden meer stil kunnen staan bij het afscheid. Dat leren we van de handreiking.*

b) Negatieve ervaringen rondom het werken met de handreiking

Een belangrijk punt bij het uitvoeren van de handreiking was dat deze te intensief of deels niet mogelijk kan zijn bij:

- Interne overplaatsing (van beschermd wonen naar ambulant/zelfstandig wonen).
- Uitstroom (bijvoorbeeld voorwaardelijke beëindiging van tbs naar reclassering).
- Van PI naar vervolginstelling (hier is de dakpanconstructie grotendeels niet mogelijk omdat gedetineerden geen vrijheden hebben, waardoor niet vooraf bij de ontvangende instelling kan worden gekeken).
- Ook vanuit het PPC is meegaan op de dag van overplaatsing moeilijk omdat de Dienst Vervoer en Ondersteuning een route door het hele land rijdt en er geen aankomsttijden bekend zijn.

De dakpanconstructie staat om meerdere reden onder druk. Juist als cliënten doorstromen naar beschermd wonen is de ervaring dat de tijd tussen 'horen dat er plek is' en plaatsing erg kort is, soms minder dan 24 uur. Het is 'aannemen en plaatsen'. Het uitvoeren van de hele handreiking in korte tijd (soms een week) is dan ook niet haalbaar. De handreiking uitvoeren kost ook meer tijd dan het reguliere overplaatsingsproces.

Bij zowel de mondelinge informatieoverdracht als het contact achteraf, werd benoemd dat het hoogst haalbare soms is om een overdracht te doen aan een medewerker, niet aan het hele team. Sommige verwijzende instellingen waren beschikbaar voor nieuwe begeleiders (maar er werd niet actief gebeld), anderen zeiden wel nog contact op te nemen met de ex-client, maar de nieuwe begeleider juist te vergeten. Het betrekken van het netwerk was moeilijk om twee redenen: cliënten willen het zelf vaak niet en sommige teams zijn in hun begeleiding onvoldoende gericht op het netwerk van de cliënt. Ook werd genoemd dat elke overplaatsing maatwerk is. Verder kwam naar voren dat men grote verschillen ervaart in het gemak waarmee men contact legt met een ontvangende instelling. Soms gaat dit naar volle tevredenheid, vaak als er al eerder (van en) naar deze instelling is overgeplaatst. Maar bij instellingen waarmee men weinig contact heeft of voor het eerst contact legt, wordt aangegeven dat het contact soms stroef kan verlopen. Tot slot kwam naar voren dat men bij plaatsing te maken heeft met een plaatsingscoördinator of een secretariaat: het is soms moeilijk om te achterhalen wie de nieuwe behandelaar wordt om daaraan over te dragen.

c) Belemmeringen in het uitvoeren van de handreiking

In de evaluaties kwamen een aantal knelpunten naar voren die invloed hebben op hoe de handreiking kan worden uitgevoerd, maar die in dit project niet opgelost kunnen worden. Een punt van onduidelijkheid blijft de informatiedeling. Wat mag volgens de wet wel en niet gedeeld worden als cliënten geen akkoord geven? Uiteraard mogen ook geen gegevens gedeeld worden die niet oorspronkelijk van jezelf zijn (een wooninstelling kan geen gegevens van een behandelaar delen). Een instelling geeft aan dat er informatie verloren gaat in de keten en spreekt de hoop uit dat met deze handreiking, die informatie niet meer verloren gaat.

Een volgend probleem is een tekort aan tijd en personeel. Zo is er bijvoorbeeld geen tijd om mee te gaan kijken in de nieuwe instelling. Of er kan wel geholpen worden met verhuizen, maar meer tijd dan voor een kopje koffie ter plaatse is er niet. Ook de termijn die met de overgang gemoeid is, kan tot moeilijkheden leiden:

*Soms gaat een overdracht heel snel, omdat er opeens plek is. Dan is het moeilijk om alle stappen te volgen.*

*Het is soms lang wachten en niks doen en er is bijvoorbeeld geen nieuwe persoonlijk begeleider gekoppeld, en dan gaat het opeens snel. Daarom is het nabellen wel belangrijk, maar dat vraagt extra actie.*

Er zijn ook financieringsproblemen. Als een cliënt nog in de PI verblijft, is er geen financiering om daar op bezoek te gaan. Of het dossier is al gesloten bij het nabellen. Dit is ook het geval als de financiering helemaal vervalst bij uitstroom, en daarmee het dossier ook gesloten wordt. Dan staan er niet alleen geen inkomsten tegenover, maar kan er ook niet meer vastgelegd worden dat er contact is geweest.

## 4.4 De definitieve handreiking

In de knelpuntenanalyse en de vignetstudie zijn de kernaspecten van een warme overdracht naar voren gekomen. Deze zijn geformuleerd tot een definitie (Box 4.1). Deze definitie is voorgelegd ter beoordeling in de twee consultatiegroepen in de ontwikkeling van het zakwoordenboek en akkoord bevonden (met enkele kleine tekstuele aanpassingen). Tevens is de definitie besproken met de leden van de klankbordgroep en daarna formeel vastgesteld.

We onderscheiden zes specifieke elementen die onderdeel zijn van een kwalitatief goede en warme overdracht in de forensische zorg.

### Box 4.1: Definitie Warme Overdracht

Het gehele proces van overgang van een forensische cliënt tussen verwijzende en ontvangende instelling. Dit proces bestaat uit drie fases: het proces voorafgaand aan de overplaatsing, de overplaatsing zelf en het proces na de overplaatsing. In alle fases is er zowel contact tussen hulpverleners/instellingen onderling, als tussen de cliënt, de verwijzer en de nieuwe instelling. De warme overdracht wordt uitgevoerd in zes stappen:

- 1) schriftelijke informatieoverdracht voorafgaand aan de plaatsing (fase 1),
- 2) mondelinge informatieoverdracht voorafgaand aan de plaatsing (fase 1),
- 3) informatie aan de cliënt voorafgaand aan de plaatsing (fase 1),
- 4) een dakpanconstructie voor geleidelijke plaatsing (fase 1),
- 5) de daadwerkelijke plaatsing (fase 2) en
- 6) contact houden na de plaatsing (fase 3).

Bij het toepassen van deze stappen kan het zijn dat de specifieke situatie zich onvoldoende leent voor een bepaalde stap, bijvoorbeeld als er sprake is van een interne overplaatsing. Of als het feitelijk onmogelijk is, bijvoorbeeld bij het niet hebben van vrijheden/verlof, wat het onmogelijk maakt om vooraf bij de nieuwe instelling te gaan kijken. Het advies is om in die gevallen met collega's onderling te bespreken wat het beste (alternatief) is, maar ook hoe de handreiking bij benadering alsnog het beste kan worden uitgevoerd, waarbij oog is voor: het zoveel mogelijk beperken/beperkt houden van de risico's, én faciliteren van een positieve ervaring voor de cliënt en diens netwerk.

De verwijzende instelling is verantwoordelijk voor de uitvoering van de warme overdracht. Echter, deze heeft niet in de hand hoe de ontvanger reageert en of er informatie beschikbaar is. Noch kan de verwijzende instelling invloed uitoefenen op zaken als wie er aanwezig is bij de ontvangende instelling op het moment dat de cliënt arriveert. We willen daarom benadrukken dat een succesvolle warme overdracht een inspanning vraagt van zowel de verwijzende als ontvangende instelling, en altijd in samenwerking met de cliënt (en indien mogelijk ook diens netwerk).

De zes stappen van een warme overdracht worden hieronder uitgewerkt. Bij de handreiking hoort ook een poster (Bijlage 5) en een checklist (Bijlage 6). De checklist en poster zijn beknopte weergaven van de handreiking en bedoeld als hulpmiddel.



#### 4.4.1 Schriftelijke informatieoverdracht voorafgaand aan de overplaatsing

Hierbij wordt ten minste overgedragen:

- De aanmeldformulieren van de nieuwe instelling
- Behandelinformatie, concreet en zo volledig mogelijk, inclusief jaartallen, namen van instellingen etc., voor zover je bevoegd bent dit te versturen.
- Een medische, verpleegkundige en sociotherapeutische overdracht, met hierin:
  - Een medicatie- en uitgiftelijst (indien aanwezig)
  - Een schriftelijk profiel van de cliënt, waarin een beeld wordt geschetst van de cliënt met zijn of haar krachten, beperkingen en bekende informatie over de best passende bejegeningstijl.

Waarbij:

- In de geleverde informatie duidelijk is van wie dit afkomstig is en hoe deze persoon, dan wel een plaatsvervanger, rechtstreeks te bereiken is (per mail en telefonisch).
- Het perspectief van de cliënt (zijn/haar wensen, motivatie en andere voor de cliënt belangrijke zaken) wordt meegenomen in de overdracht.
- De *Handreiking informatie-uitwisseling forensische zorg* (<https://www.forensischezorg.nl/documenten/publicaties/2021/07/01/handreiking-informatie-uitwisseling-forensische-zorg>) wordt gebruikt.

#### 4.4.2 Mondelinge informatieoverdracht voorafgaand aan de overplaatsing

- Er is (eventueel. telefonisch of via een online bijeenkomst) contact over de aanmelding tussen verwijzende instelling en ontvangende instelling, door behandelaar én het afdelingsteam (sociotherapeuten/woonbegeleiders).
- Als er mondeling meer wordt overgedragen dan schriftelijk, wordt dit door de verwijzende instelling ook op papier gezet en verstuurd naar de ontvangende instelling.
- Indien mogelijk draagt de verwijzende instelling niet aan één persoon over, maar aan het gehele team (bijvoorbeeld in een online bijeenkomst). Indien er sprake is van méér dan één ontvangende instelling (bijvoorbeeld bij het opstarten van zowel ambulante behandeling als woonbegeleiding) overlegt de verwijzende instelling met alle partijen gezamenlijk.

#### 4.4.3 Praktische info aan de cliënt voorafgaand aan de overplaatsing

- De cliënt ontvangt actuele informatie en huisregels over de nieuwe instelling. Deze informatie is in voor de cliënt begrijpelijke taal.
- Bij voorkeur is er een filmpje, VR programma of een webpagina. Dit wordt voorafgaand aan de opname samen met cliënt bekeken door de verwijzende instelling of ontvangende instelling.
- Het netwerk van cliënt wordt indien mogelijk betrokken en krijgt ook actuele informatie, in begrijpelijke taal.
- Als er een wettelijke vertegenwoordiger is, wordt ook deze geïnformeerd.

#### 4.4.4 Dakpanconstructie: kennismaking vooraf en geleidelijke plaatsing

- De cliënt kan geleidelijk wennen aan de nieuwe locatie. Hierbij gaat de cliënt voorafgaand aan de overplaatsing een keer kijken en/of wordt de cliënt door toekomstige begeleiders bezocht terwijl hij nog bij de verwijzende instelling verblijft.
- De cliënt gaat eerst een keer koffiedrinken, gaat ook een keer mee-eten en gaat bij voorkeur ook een nacht logeren. Indien dit echt niet mogelijk is, wordt met de verwijzende instelling en de cliënt samen nagedacht over de beste benadering van de ideale werkwijze binnen praktische kaders.
- Denk actief en gestructureerd na over de volgende vragen:
  - Hoe maakt de cliënt de beste start?
  - Hoe kan de cliënt het beste afscheid nemen van de verwijzende instelling?
  - Kan het netwerk van de cliënt ook een keer meekomen? Of op welke andere werkwijze kunnen zij zo goed mogelijk worden betrokken?

#### 4.4.5 Daadwerkelijke plaatsing

- Iemand van de verwijzende instelling gaat mee met de overplaatsing. Bij voorkeur wordt er samen gereisd, al is dat is niet altijd mogelijk (bijvoorbeeld als het vervoer beveiligd moet plaatsvinden).

- Er is door de begeleider van de verwijzende instelling, zowel contact met de aanwezigen van het nieuwe team als met de cliënt zelf. Bij voorkeur wordt er samen koffiegedronken of vindt een praktische activiteit plaats, zoals het helpen inrichten van de kamer.
- Er is een gesprek tussen de verwijzende begeleider, de cliënt en de aanwezige nieuwe teamleden.
- Kan het netwerk van de cliënt betrokken worden door mee te gaan of te helpen?

#### 4.4.6 Contact houden na plaatsing

- Er vindt minimaal één keer telefonisch contact plaats vanuit de verwijzende instelling naar de contactpersoon van de nieuwe instelling en naar de cliënt.
- Bij voorkeur wordt ten minste een keer een bezoek gebracht vanuit de verwijzende instelling, waarbij er contact is met de cliënt en met de aanwezige teamleden.
- De verwijzende instelling houdt zich beschikbaar voor contact met de cliënt nadat deze is overgeplaatst.
- Indien mogelijk en gewenst neemt de verwijzende instelling nog een keer contact op met het netwerk van de cliënt.
- De verwijzende instelling houdt zich beschikbaar voor contact/advies/consultatie/nazorg door de ontvangende instelling.

## 5. Conclusies en aanbevelingen

In dit project hebben we op basis van een knelpuntenanalyse, meerdere focusgroepen in verschillende fases, een survey onder 709 professionals en een vignetstudie onderzocht hoe warme overdracht in de forensische zorg zo goed mogelijk vormgegeven kan worden. In alle fases van het project heeft de projectgroep in nauwe samenspraak met de klankbordgroep gewerkt. Dit heeft de volgende concrete producten opgeleverd:

- Knelpuntenanalyse (zie Bijlage 2)
- Het [Zakwoordenboek Warme overdracht in de forensische zorg](#)
- Handreiking Warme overdracht in de forensische zorg (zie Hoofdstuk 4 en Bijlage 5)
- Een checklist behorende bij de handreiking Warme overdracht in de forensische zorg (zie Bijlage 6)

Wij zien deze producten als hulpmiddelen om een warme overdracht binnen de forensische zorg te bevorderen. Nader onderzoek zal moeten aantonen wat de meerwaarde van breed gebruik hiervan is, en op termijn zullen deze producten doorontwikkeld kunnen worden om de overdracht binnen de forensische zorg verder te optimaliseren.

Hieronder bespreken we conclusies uit dit project, en de beperkingen, en noemen we aanbevelingen voor de implementatie van de handreiking Warme overdracht in de forensische zorg. Ten slotte doen we suggesties voor toekomstig onderzoek.

### 5.1 Belangrijkste bevindingen

De resultaten uit het onderzoeksdeel van dit project laten zien dat er binnen de forensische zorgketen meerdere knelpunten bestaan rondom het organiseren en vormgeven van warme overdracht. Ook concluderen wij dat er een duidelijke behoefte bestaat aan meer eenduidigheid in taalgebruik. De resultaten van de survey onder 709 professionals bevestigen dat verwarring over veelgebruikte begrippen rondom overdracht in de forensische zorg wijdverspreid is. Wij hebben de hypothese dat dit kan leiden tot miscommunicatie en daarmee ontstaan mogelijk risico's. Het Zakwoordenboek warme overdracht in de forensische zorg is een concreet product dat inspeelt op deze behoefte en dat taalgebruik kan uniformeren, of tenminste bewustzijn vergroot over mogelijke verschillen (waar die in de dagelijkse praktijk binnen één instelling mogelijk niet opvallen).

Daarnaast constateerden wij op basis van de knelpuntenanalyse en focusgroepen dat, hoewel er grotendeels overeenstemming bestaat over wat een warme overdracht inhoudt, dit thema bij veel instellingen niet wordt geprotocolleerd of is vastgelegd in afspraken. Hoe overdracht in de praktijk wordt vormgegeven verschilt enorm, zo blijkt uit expertgroepen en de vignetstudie. Naar aanleiding van de vignetstudie en de pilotstudie, en voortdurend overleg met de klankbordgroep leveren wij binnen dit project ook de Handreiking warme overdracht in de forensische zorg op, samen met de bijbehorende checklist. Hiermee kan de overdracht van forensische cliënten tussen professionals beter worden vormgegeven. De bijbehorende checklist kan behulpzaam zijn bij het toepassen van de handreiking.

Het [Zakwoordenboek Warme overdracht in de forensische zorg](#) is in mei 2025 gepubliceerd en is reeds positief ontvangen. Ter illustratie: de aankondiging op LinkedIn werd veelvuldig bekeken, wat wijst op brede belangstelling en waardering binnen het veld.

De concept handreiking voor een warme overdracht is getest in een pilotstudie in 61 cases uit 10 instellingen in de praktijk. De pilotstudie toonde aan dat de handreiking wordt gewaardeerd als hulpmiddel om zorgvuldiger en cliëntgerichter te werken. Daarnaast wordt de handreiking gebruikt om de samenwerking met andere instellingen beter vorm te geven. Sommige deelnemers aan de pilot gaven aan te hopen dat als de handreiking gemeengoed wordt, dit andere instellingen die nu wat huiverig zijn ook meer open laat staan voor warme overdracht. Volgens deelnemende instellingen aan de pilot zijn de meeste stappen in de Handreiking warme overdracht in de forensische zorg uitvoerbaar en herkenbaar uit de eigen praktijk, maar er bestaan ook een aantal praktische belemmeringen. Hieronder worden onder andere tijdsdruk, personele capaciteit,

financiering en onzekerheid over wat wettelijk gedeeld mag worden, vooral als cliënten geen toestemming geven, genoemd. Deze belemmeringen kunnen de implementatie bemoeilijken. Daarnaast blijkt dat overplaatsingen soms snel plaatsvinden (binnen het tijdsbestek van enkele uren tot enkele dagen), waardoor niet alle stappen van de handreiking uitvoerbaar zijn op het moment dat de overplaatsing bekend wordt. In sommige situaties was er beperkte toepasbaarheid van de handreiking. De handreiking lijkt bijvoorbeeld minder geschikt voor interne overplaatsingen of uitstroom naar zelfstandigheid. Redenen daarvoor zijn dat sommige stappen niet relevant of niet uitvoerbaar zijn (bijvoorbeeld als de financiering stopt). Bij overplaatsingen vanuit een PI of PPC, waar vrijheden ontbreken is een dakpanconstructie (bijvoorbeeld vooraf op bezoek te gaan) om die reden zo goed als niet mogelijk. Iedere overplaatsing is dus maatwerk. De handreiking biedt een ideaalbeeld, maar erkent dat niet alle situaties zich lenen voor volledige toepassing. In zulke gevallen wordt geadviseerd om te zoeken naar alternatieven die zoveel mogelijk recht doen aan de principes van warme overdracht.

## 5.2 Beperkingen van het project

Dit project kent zoals ieder project beperkingen waarmee rekening gehouden dient te worden in de interpretatie van de resultaten. Hoewel we een brede vertegenwoordiging van het Nederlandse forensische veld hadden opgenomen in de klankbordgroep, inclusief een ervaringsdeskundige, is de betrokkenheid van cliënten in het project als geheel beperkt gebleven. Het is aan te bevelen om in vervolgonderzoek nadrukkelijker aandacht te besteden aan de ervaringen en perspectieven van cliënten.

Verder waren er beperkingen aan de pilotstudie, zo konden niet alle instellingen deelnemen of voldoende casussen uitvoeren. In de relatief korte tijd werden in totaal 61 casussen getest, waaronder veel verschillende typen overplaatsing (zie Hoofdstuk 4, Tabel 4.1). Hoewel dit een behoorlijk aantal is, vertegenwoordigt het slechts een fractie van het totale aantal overdrachten dat jaarlijks wordt uitgevoerd binnen de forensische zorg. In deze pilot zullen dus niet alle type denkbare overplaatsingen hebben plaatsgevonden. Er wordt voorzichtigheid aanbevolen bij het interpreteren van de resultaten. Deze beperkingen benadrukken het belang van vervolgonderzoek en een zorgvuldige implementatie van de handreiking en andere ontwikkelde producten.

Ten slotte bleek uit zowel de korte vragenlijst als de interviews dat instellingen in de praktijk met name de stappen uitvoeren die betrekking hebben op het goed en volledig overdragen van informatie (met name stap 1 en 2 in de handreiking) vaak worden uitgevoerd. Een geleidelijke overgang in kleine stapjes bewerkstelligen door een dakpanconstructie vorm te geven rondom de daadwerkelijke plaatsing, en contact houden na overdracht dienen in de praktijk nog echt de nodige aandacht te krijgen. Zeker omdat met name deze aspecten waarschijnlijk in grote mate bijdragen aan hoe de cliënt en zijn of haar netwerk de overplaatsing ervaren.

## 5.3 Aanbevelingen voor implementatie van de handreiking

Op basis van de ervaringen die wij hebben opgehaald in dit project en de literatuur (zie bijvoorbeeld Proctor et al., 2011) doen wij een aantal aanbevelingen voor implementatie van de handreiking in de praktijk.

- Integreer de handreiking in bestaande werkprocessen, bijvoorbeeld door deze onderdeel te maken van teamoverleggen, inwerkprogramma's en scholingstrajecten.
- Maak gebruik van digitale ondersteuning. Hierbij zou – naast de opgeleverde handreiking en checklist - gedacht kunnen worden aan een app of e-learning module om de zes stappen van warme overdracht toegankelijk te maken.
- Zorg voor bestuurlijke borging. Instellingen dienen het belang van warme overdracht op een duurzame manier expliciet op te nemen in beleids- en kwaliteitskaders (zie ook [KKFZ](#)).
- Stimuleer samenwerking tussen ketenpartners, bijvoorbeeld door gezamenlijke overdrachtmomenten en intervisie over casuïstiek. Informeel overleg kan hierbij ook helpend zijn (elkaar kennen en elkaar weten te vinden, 'korte lijnen').
- Faciliteer maatwerk. De handreiking moet flexibel toepasbaar zijn, afhankelijk van de context, waarbij een zo geleidelijk mogelijke overgang voor de cliënt waarbij de risico's zoveel mogelijk worden beperkt steeds het uitgangspunt is.

- Creëer de juiste randvoorwaarden: tijd, financiering en duidelijke richtlijnen over informatiedeling binnen wettelijke kaders zijn essentieel.

## 5.4 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Tot slot doen wij suggesties voor toekomstig onderzoek. Het ontwikkelen van een zakwoordenboek en handreiking vormden de eerste stappen in het optimaliseren van overdracht in de forensische zorg. Onderzoek in de toekomst zal moeten uitwijzen of deze hulpmiddelen daadwerkelijk leiden tot betere overdracht in de forensische zorg.

- Onderzoek naar de Handreiking warme overdracht in de forensische zorg en het Zakwoordenboek warme overdracht in de forensische zorg:
  - Onderzoek naar en evaluatie van het zakwoordenboek: We bevelen aan onderzoek te doen naar het gebruik van, en ervaringen met het zakwoordenboek en hoe het actueel en bruikbaar gehouden kan worden.
  - Onderzoek naar en evaluatie van de handreiking: Het is aan te bevelen om onderzoek te doen naar de impact van (breed) gebruik van de handreiking op uitkomsten, zoals continuïteit van zorg, recidive/terugval.
  - Onderzoek naar - en evaluatie van ervaringen van cliënten. Hierbij zou nog gekeken kunnen worden naar (mogelijke verschillen tussen) specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld cliënten met een licht verstandelijke beperking.
- Onderzoek naar implementatie: wat zijn succesfactoren en belemmeringen voor duurzame implementatie in diverse typen forensische instellingen?
- Ten slotte is een vergelijking met andere sectoren relevant: wat kunnen we leren van overdrachtspraktijken in bijvoorbeeld de jeugdzorg, ggz of somatische zorg? En is de handreiking aan te passen voor deze deelsectoren, indien daar behoefte aan is?

## Referenties

- Botha, U.A., Koen, L., Joska, J.A., Parker, J.S., Horn, N., Hering, L.M. & Oosthuizen, P.P. (2009). The Revolving door phenomenon in psychiatry: Comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(4), 461-468. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-009-0085-6>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Forchuk, C., Martin, M.L., Chan, Y.L. & Jensen, E. (2005). Therapeutic relationships: From psychiatric hospital to community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(5), 556-564. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00873.x>
- Inspectie Justitie en Veiligheid (2023). *Onderzoek naar aanleiding van het steekincident in CTP Veldzicht*. <https://www.inspectie-jenv.nl/documenten/2023/10/19/rapport-onderzoek-naar-aanleiding-van-het-steekincident-in-ctp-veldzicht> (geraadpleegd 22 juni 2025).
- Ministerie van Justitie en Veiligheid (2021). Handreiking informatie-uitwisseling forensische zorg. Publicatienummer 21403442. <https://www.forensischezorg.nl/documenten/publicaties/2021/07/01/handreiking-informatie-uitwisseling-forensische-zorg> (geraadpleegd 24 juli 2023).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2023). *Zorg en ondersteuning aan Donny M. in het straf-, zorg- en sociaal domein*. Utrecht. <https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2023/06/08/zorg-en-ondersteuning-aan-donny-m.-in-het-straf--zorg--en-sociaal-domein> (geraadpleegd 24 januari 2024).
- Murphy, S., Irving, C.B., Adams, C.E. & Driver, R. (2012). *Crisis intervention for people with severe mental illnesses (Review)*. The Cochrane Collaboration. London, Verenigd Koninkrijk: John Wiley & Sons.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Reynolds, W., Lauder, W., Sharkey, S., Maciver, S., Veitch, T. & Cameron, D. (2004). The effects of a transitional discharge model for psychiatric patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(1), 82-88. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00692.x>
- Schaftenaar, P., van Outheusden, I., Stams, GJJM, & Baart, A. (2018). Relational caring and contact after treatment. An evaluation study on criminal recidivism. *International Journal of Law and Psychiatry*, 60, 45-50. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.07.011>
- Seegers, L., Heirbaut, T., Klein Haneveld, L. & Bouman, Y. (2023). *Bridge the gap. Het verbeteren van de (in-) door- en uitstroom door trajectplanning*. Kwaliteit Forensische Zorg. <https://kfz.nl/projecten/handreiking-voor-ontslagplanning-call-2019-119>
- Vogel, de, V., Schaftenaar, P. & Clercx, M. (2019). *Mind the gap. Continuïteit in de forensische zorgketen*. Kwaliteit Forensische Zorg. <https://kfz.nl/projecten/mind-the-gap-continuïteit-in-de-forensische-keten-precalls-2018-79>
- Wright, N., Rowley, E., Chopra, A., Gregoriou, K. & Waring, J. (2015). From admission to discharge in mental health services: a qualitative analysis of service user involvement. *Health Expectations*, 19, 367-376. <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12361>

## Bijlage 1. Deelnemende professionals en instellingen in de klankbordgroep

| Naam instelling                                     | Deelnemer(s)                                                      |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Van Mesdag, AFDN Groningen (ambulante behandeling)  | Danny Nijdam                                                      |
| Amarant (forensische thuisbegeleiding, lvb)         | Marieke Roskam                                                    |
| Arbe (ambulante dienstverlening)                    | Melissa van Putten                                                |
| Exodus (beschermd wonen)                            | Brenda Vonck                                                      |
| Fivoor (ambulant behandelen en klinisch behandelen) | Sarah van IJzendoorn<br>Joyce van der Hoeven<br>Esther Kamps      |
| Van der Hoevenkliniek (FPC)                         | Ellen van den Broek                                               |
| Hvo/Querido (beschermd wonen)                       | Piet Broenland<br>Sarissa de Weijer<br>Angela Leonora             |
| Inforsa (FPK en HBIZ)                               | Maryam Yaghdi<br>Django Geense                                    |
| Leger des heils Den Haag (maatschappelijke opvang)  | Irene van Velzen<br>Lysanne Leugering                             |
| Op persoonlijke titel, ervaringsdeskundige          | Leonard van der Kolk                                              |
| Pompekliniek (FPC)                                  | Femke Verhees                                                     |
| PPC & PI Vught                                      | Marloes van den Nieuwenhuizen<br>Anoek van Vught<br>Adriana Simic |
| de Rooyse Wissel (FPC, FPK, FHIC)                   | Susan Bosman<br>Esther Linssen<br>Rens van Eijk<br>Theo Bos       |
| 3RO                                                 | Janneke van Wely                                                  |
| Stevig (FPA)                                        | Yvonne Robben                                                     |
| Zorg- en veiligheidshuis Utrecht                    | Coriene Pot                                                       |

N.B. Deelnemers en instellingen zijn genoemd in willekeurige volgorde

## Bijlage 2. Knelpuntenanalyse





**kwiteit  
forensische  
zorg**

2025

# **Knelpuntenanalyse**

Bij informatie-uitwisseling en warme overdracht in de  
forensische zorg

P. Schaftenaar, M. Clercx en V. de Vogel, 2024

# 1. Samenvatting/Abstract

## Samenvatting

Continuïteit van zorg is nog altijd een belangrijk speerpunt van het forensische werkveld. Continue zorg en begeleiding zijn essentieel om terugval in delicten, (zelf)destructief of overlastgevend gedrag te voorkomen. In dit rapport wordt de eerste fase beschreven van het project *Warme overdracht* waaraan inmiddels vijftien instellingen die verschillende soorten forensische zorg leveren (klinisch en ambulant behandelen, wonen en thuisbegeleiding) deelnemen. Het doel van deze eerste fase is het in kaart brengen en analyseren van de knelpunten bij informatie-uitwisseling en warme overdracht tussen verschillende settingen of partijen in de forensische zorg. Hiertoe is eerst een literatuurstudie uitgevoerd, waarbij de conclusies van de KFZ precall [Mind the Gap](#) (De Vogel et al., 2019) als vertrekpunt zijn genomen. Uit deze literatuurstudie bleek dat de belangrijkste conclusies uit deze precall nog altijd gelden, met name dat er vooral grote behoefte is aan verbeteringen in samenwerking en elkaar beter weten te vinden. Sinds deze precall zijn wel diverse handreikingen opgeleverd om de praktijk te ondersteunen bij informatie-uitwisseling en samenwerking. Een relevante vraag is of deze handreikingen in de praktijk ook worden gebruikt.

Op basis van de literatuurstudie is een topiclijst opgesteld om voor te leggen aan diverse zorgprofessionals, waaronder onder andere behandelend professionals, (woon-)begeleiders, plaatsingscoördinatoren en ervaringsdeskundigen, in focusgroepen. Vervolgens zijn in drie onlinefocusgroep bijeenkomsten met in totaal 26 forensische zorgprofessionals de belangrijkste knelpunten besproken. Uit deze focusgroepen kwam naar voren dat de meeste deelnemers onvoldoende bekend zijn met de bestaande handreikingen en dat er momenteel vooral gebruik wordt gemaakt van zelf ontwikkelde protocollen of checklists voor informatie-uitwisseling. Een helder, gebruikersvriendelijk format wat door iedereen gebruikt kan worden is gewenst en kan helpen de overdracht te vergemakkelijken. Verder werd het belang van het hebben van een vast contactpersoon door veel deelnemers benadrukt. Een conclusie uit de focusgroepen die van belang is voor de tweede fase van het project *Warme overdracht* (een ontwikkeling van een begrippenlijst voor gemeenschappelijke taal tijdens overdracht) is dat het gebrek aan een gemeenschappelijke taal door de deelnemers niet direct werd herkend als urgent probleem. Ons voorstel is dan ook om alvorens een begrippenlijst te ontwikkelen, een tussenstap te maken door eerst breder te onderzoeken of er sprake is van overeenstemming over definities en of men problemen ervaart tussen instellingen.

Wij concluderen op basis van de literatuurstudie en de analyse van de drie focusgroepen dat er nog altijd duidelijke knelpunten bestaan rondom informatie-uitwisseling en het organiseren en uitvoeren van een warme overdracht en dat er een noodzaak en wens bestaat tot verbeteringen hieromtrent. Het projectteam stelt voor om een tussenstap in te bouwen met een verdiepend onderzoek naar de wens/noodzaak tot een begrippenlijst en vervolgens de 'handreiking warme overdracht' in dit KFZ-project verder volgens plan uit te voeren.

## Summary

Continuity of care is still an important topic in the forensic field. Continuous care and supervision are essential to prevent relapse into delinquency, (self)destructive or nuisance behavior. This report describes the first phase of the project *Warme overdracht* (Gradual and personal transfer) in which fifteen institutions providing different types of forensic care (inpatient and outpatient treatment, residential and sheltered living) are now participating. The purpose of this first phase is to map and analyze the barriers in information exchange and gradual and personal transfer between different settings in forensic care. To this end, a literature review was first conducted, using the conclusions of the KFZ precall *Mind the Gap* (De Vogel et al., 2019) as a starting point. This literature review showed that the main conclusions from this precall are still valid, in particular that there is a great need for improvements in collaboration and knowing how to find each other better. Since this precall, several manuals have been developed to support professionals in information exchange and collaboration. A relevant question is whether these manuals are being used in daily practice.

Based on the literature review, a topic list was created to present to care professionals and people with lived experience in focus groups. Subsequently, in three online focus group meetings with a total of 26 forensic care professionals and people with lived experience, the main barriers were discussed. It emerged from these focus groups that most participants are not sufficiently familiar with the existing manuals and that, at present, they mainly use self-developed protocols or checklists for information exchange. A clear, user-friendly format that can be used by all is desired and can help facilitate the transfer. Furthermore, the importance of having a regular contact person was stressed by many participants. A conclusion from the focus groups that is important for the second phase of the current project (i.e., developing a glossary of terms relating to transfer) is that the lack of a common language was not immediately recognized by the participants as an urgent problem. Therefore, before developing this glossary of term, our suggestion is to take an intermediate step by first exploring more broadly whether there is agreement on definitions and whether people experience problems between institutions.

Based on the literature review and the analysis of the three focus groups, we conclude that there are still clear barriers and challenges around information exchange and the organization and implementation of a gradual and personal transfer and that there is a need and desire for improvements in this regard. The project team proposes to build in an intermediate step with an in-depth study of the desire/need for a glossary of terms and then continue to implement the 'Guide on gradual and personal transfer' in this KFZ project as planned.

## 2. Inleiding

In opdracht van het programma KFZ wordt met deze knelpuntenanalyse onderzocht in welke mate er in het forensische veld problemen ervaren worden met informatie-uitwisseling en warme overdracht in de keten.

Het belang van (tijdige) informatie-uitwisseling blijkt met regelmaat, vooral als er ernstige incidenten zijn. Een voorbeeld is het incident bij CTP Veldzicht in november 2022 waarbij een medewerker om het leven kwam. In het persbericht van oktober 2023 van het Ministerie van Justitie en Veiligheid werd naar aanleiding van het [inspectie-onderzoek bij CTP Veldzicht](#)<sup>6</sup> gemeld:

'Ook wanneer A. van een tijdelijk verblijf bij CTP Veldzicht weer terugkeert bij de HTL, krijgen de HTL-medewerkers niet (snel genoeg) informatie over zijn behandeling in Veldzicht. De HTL-medewerkers, die naar handvatten zoeken om zo goed mogelijk om te gaan met A., moeten deze informatie zelf opvragen en ontvangen deze pas weken later. Dan is A. alweer uitgeplaatst naar de PI Vught. Ook wanneer A. het gevangeniswezen instroomt, gaat niet automatisch informatie over hem mee. Hans Faber [hoofdinspecteur]: "Dit soort voorbeelden zien we helaas vaker. Wanneer personen tussen ketens bewegen, gaat informatie niet automatisch met hen mee, terwijl dat wel nodig is. Informatieoverdracht tussen ketenpartners moet helderder en duidelijker. Daar moet regie op komen".'

*Een ander voorbeeld komt naar voren in het rapport rondom Donny M., die schuldig bleek aan de ontvoering en dood van de negenjarige jongen Gino uit Kerkrade. In dit rapport (Ministerie van VWS, 2023) wordt geconcludeerd:*

*Deze tekortkomingen komen naar voren in de werkwijze van een aantal individuele partijen, in de onderlinge samenwerking en in de overdracht tussen de betrokken partijen. De focus op de eigen taken, het niet goed overdragen aan elkaar en de samenwerking tussen de partijen heeft ertoe geleid dat:*

- *in gedragingen van D. onvoldoende onderliggende patronen werden herkend (patroonherkenning);*

---

<sup>6</sup> <https://www.inspectie-jenv.nl/actueel/nieuws/2023/10/19/ctp-veldzicht-moet-veiligheid-verbeteren-en-gespecialiseerde-plekken-nodig-voor-vreemdelingen-met-psychiatrische-problemen>.

- *de regie op de gezamenlijke zorg en ondersteuning niet altijd is gepakt of geregeld (regievoering);*
- *niet op alle schakelmomenten sprake is geweest van goede overdracht en nazorg.*

Meer in het algemeen wordt het belang van het thema informatie-uitwisseling en warme overdracht breed onderkend, onder meer in het [Kwaliteitskader Forensische zorg](#) en de Generieke Module Forensisch Klinische Zorg (in ontwikkeling), welke is bedoeld om professionals werkzaam in de klinische forensische zorg duidelijkheid te geven over wat er van hen wordt verwacht en handvatten te bieden bij het handelen.

Het onderzoeken van de knelpunten is het startpunt voor een mogelijk vervolgtraject waarin projectmatig voorstellen tot verbetering van de ervaren problemen gedaan worden. Hiertoe heeft de projectgroep een samenwerking opgestart met vijftien instellingen die verschillende soorten forensische zorg leveren (klinisch en ambulant behandelen, zorg door een penitentiair psychiatrisch centrum (PPC), wonen en thuisbegeleiding).

Het doel van deze analyse is het in kaart brengen van de knelpunten bij informatie-uitwisseling en warme overdracht tussen verschillende settings of partijen die een rol hebben in de forensische zorgketen. Het betreft hier zowel over- en doorplaatsingen binnen de forensische zorg als plaatsing vanuit een Penitentiaire Inrichting (PI) naar forensische zorg. Ook de knelpunten bij plaatsing door het IFZ zullen betrokken worden.

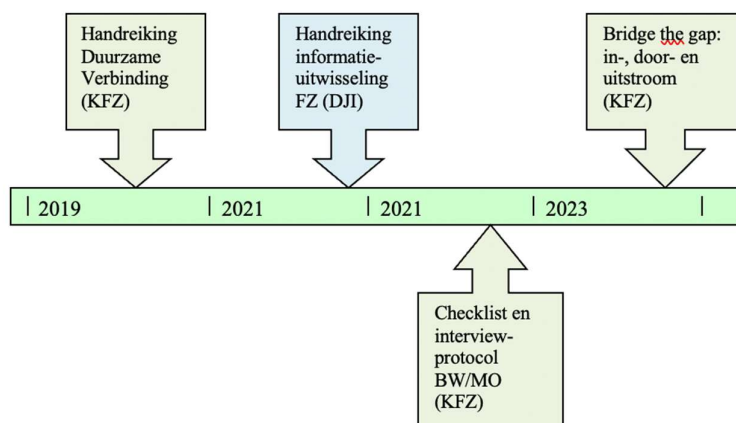
Voor deze knelpuntenanalyse is een literatuurstudie uitgevoerd, waarbij de conclusies van de KFZ precall [Mind the Gap](#) (De Vogel et al., 2019) als vertrekpunt zijn genomen voor verder literatuuronderzoek (zie "3. Literatuurstudie"). Op basis van het literatuuronderzoek en eerder geïdentificeerde knelpunten (o.a. in het project 'Mind the Gap' van De Vogel et al. (2019) is een topiclijst opgesteld die in drie online focusgroepbijeenkomsten is besproken met forensische zorgprofessionals en ervaringsdeskundigen.

### 3. Literatuurstudie

In het KFZ-onderzoek [Mind the gap](#) (De Vogel et al., 2019) werden op basis van een deskresearch, een enquête en focusgroepen drie conclusies getrokken over informatie-uitwisseling en warme overdracht:

- 1) De samenwerking kent gebreken. Er worden in de forensische zorgsector gebreken in de samenwerking ervaren op drie onderdelen: a) er is niet zoveel persoonlijk contact tussen medewerkers van organisaties als gewenst (problemen: dit kost tijd en geld), b) medewerkers van verschillende organisaties spreken niet (altijd) dezelfde taal en c) het ontbreekt veelal aan een persoonlijke, warme overdracht.
- 2) Ontslagplanning kan hierin het verschil maken. Op tijd beginnen aan door- of uitstroom geeft voldoende tijd voor een kennismaking en goede overdracht.
- 3) Menselijke benadering. Door de cliënten<sup>1</sup>, maar ook door professionals wordt steeds weer benadrukt dat het niet zou moeten gaan om geld en regels, maar dat de mens centraal moet staan. Succes staat of valt met de inzet en capaciteiten van de betrokken professionals en cliënten.

In het project *Mind the gap* is de literatuur, inclusief beleidsstukken, bestudeerd tot begin 2019. Sindsdien zijn diverse relevante publicaties verschenen. In onderstaande Figuur 1 geven wij een kort overzicht van de relevante opbrengsten met betrekking tot continuïteit van zorg sinds 2019 en vervolgens bespreken we deze hieronder, ingedeeld naar twee thema's; te weten 1) informatie-uitwisseling; 2) overdracht.



Bijschrift Figuur 1: Tijdlijn producten KFZ sinds 2019

### 3.1 Informatie-uitwisseling

Een belangrijke randvoorwaarde voor goede samenwerking en voor een warme overdracht is informatie-uitwisseling. Dit is ook een onderdeel waar professionals vaak tegen barrières aanlopen, zoals gebrek aan kennis over informatie-uitwisseling en de wetgeving daaromtrent.

In 2021 verscheen de '[Handreiking informatie-uitwisseling forensische zorg](#)' van het Ministerie van Justitie en Veiligheid. Deze is bedoeld als een "gemeenschappelijk naslagwerk voor de organisaties die een rol hebben in de forensische zorgketen". De handreiking richt zich op de uitwisseling van gegevens over de justitiabele tussen verschillende organisaties. De verschillende processen worden in de handreiking weergegeven en per proces staat aangegeven wat de benodigde informatie is en wat de relevante momenten zijn waarop informatie uitgewisseld moet worden. De handreiking is echter niet bedoeld om richting te geven aan informatie-uitwisseling over cliënten met een terbeschikkingstellingsmaatregel (tbs), ondanks dat dit ook forensische zorg (op het hoogste beveiligingsniveau) behelst (hierover meer onder 5.1).

Bredenoort en Roeg ontwikkelden in opdracht van KFZ (2021a) in het project '[De forensische cliënt op de juiste plek: Naar passende zorg door een goede informatie-uitwisseling tussen plaatser en woonvoorziening](#)', een '[Checklist forensische aanmeldingen BW/MO](#)'. Dit is een handreiking aan professionals voor informatie-uitwisseling. Deze checklist is bedoeld voor de organisaties die de cliënt aanmelden bij een instelling voor BW/MO. Deze is bedoeld voor gebruik bij een aanmelding en helpt bij de inhoudelijke en juridische overwegingen in het al dan niet delen van bepaalde informatie. De auteurs schrijven over de noodzaak:

'Het gaat bij een aanmelding niet alleen om het verzamelen en uitwisselen van informatie, maar ook op welke manier dit gebeurt. De checklist verdeelt het proces van aanmelden en delen van informatie daarom in twee onderdelen: A) het contact met de cliënt en B) het contact met de beoogde BW/MO-organisatie' (Bredenoort & Roeg, 2021a, p.7).

Een van de succesfactoren voor interprofessioneel samenwerken (tussen organisaties) is het spreken van gezamenlijke taal (Van Dongen et al., 2018 in: De Vogel et al., 2020). Dit betekent in de forensische zorg dat instellingen dezelfde benaming voor hetzelfde construct hanteren, of elkaars benaming in ieder geval begrijpen en in context kunnen plaatsen.

### 3.2 Overdracht

In 2019 verscheen vanuit KFZ de '[Handreiking 'duurzame verbinding](#)' (Schaftenaar & Van Outheusden, 2019), een beschrijving van zowel inhoudelijke als praktische componenten die van belang zijn bij het implementeren van Duurzame Verbinding (het contact houden na behandeling) in de eigen (forensische) praktijk. Duurzame verbinding steunt inhoudelijk op een tijdens de zorg opgebouwde (vertrouwens)relatie. Het begin hiervan ligt aan de start van de behandeling, duurzaam verbinden lukt niet als er alleen in de eindfase aandacht voor is. Voor de opbouw is een praktijk van relationeel werken belangrijk: de cliënten (leren) ervaren dat het om hen gaat.

Praktisch gezien is het noodzakelijk een aantal thema's op te lossen, waarvan vastlegging (in dossiers) en financiën en andere randvoorwaarden.

In onderzoek van Stienstra en De Clercq (2020), waarin 'beelden van de forensische zorg' onder burgers, professionals, ervaringsdeskundigen en nabestaanden worden onderzocht, wordt de wens van goede nazorg nogmaals bevestigd door professionals, ervaringsdeskundigen en nabestaanden. Stienstra en De Clercq concluderen op basis van groepsgesprekken en interviews dat goede nazorg nodig is vanuit zowel het perspectief van de cliënt, die hierdoor ondersteund kan worden in het resocialisatieproces, als vanuit het perspectief van veiligheid (minder kans op recidive en betere controle op naleving van maatregelen). Ook sluit het perspectief van nabestaanden hierop aan; zij vinden dat van de gehele forensische populatie vooral psychiatrische cliënten en verslaafden levenslang nazorg nodig zullen hebben.

In het eerder genoemde KFZ-project '[De forensische cliënt op de juiste plek: naar passende zorg door een goede informatie-uitwisseling tussen plaatser en woonvoorziening](#)' werd ook een [Interviewprotocol](#) ontwikkeld voor de intake bij de BW/MO (Bredenoort & Roeg, 2021b). Dit interviewprotocol geeft een overzicht van leefgebieden die belangrijk zijn om uit te vragen voor een nieuwe cliënt, met specifieke aandacht voor de persoonlijke behoeften, herstel en (bij de forensische doelgroep) voor het werken aan *desistance* (weerstand bieden aan criminaliteit) en voorkomen van recidive.

In 2023 verscheen het KFZ-project [Bridge the gap](#) (Seegers et al., 2023) met als doel om een concrete uitwerking te bieden op de conclusies uit het eerdergenoemde project [Mind the gap](#) (De Vogel et al., 2019), op gebied van ontslagplanning trajectplanning (regelmatig ook aangeduid met de Engelse term dischargeplanning). Het doel van het project was 'het ontwikkelen van een handreiking om door middel van trajectplanning de doorstroomsnelheid van klinische forensisch psychiatrische cliënten te maximaliseren, zonder dat dit ten koste gaat van recidivepreventie. Voor cliënten kan het gebruik van een dergelijke handreiking leiden tot minder heropnames en minder symptomatologie door het voorkomen van onnodig lang klinisch verblijf' (Seegers et al., 2023). Dit project werd opgeleverd in 2023 met een checklist en [implementatiemonitor](#) op (zie verder <https://kfz.nl/projecten/handreiking-voor-ontslagplanning-call-2019-119>). Binnen dit project werden een aantal voorwaarden en aanbevelingen gepresenteerd die nodig zijn voor trajectplanning. Zo werd het tijdig betrekken van het netwerk van belang geacht bij trajectplanning, aangezien zij onder veranderende omstandigheden een vast, en ook vaak het eerste steunpunt zijn voor cliënten. Ook werd het spreken van dezelfde taal in een behandelteam en door anderen die een rol in de begeleiding of behandeling, als voorwaarde voor soepele doorstroom genoemd.

In het artikel van Boer et al. over factoren voor ontslagplanning (2021) wordt op basis van interview met (vijf) professionals in de forensische zorg, beschreven onder welke voorwaarden een ontslag of doorplaatsing zou kunnen worden overwogen bij een forensische cliënt. Deze omvatten onder andere een risicomanagementplan (waarmee door de cliënt en het team gewerkt is), inzicht van de cliënt in zijn of haar problematiek, motivatie van de cliënt om samen te werken met alle professionals in zijn/haar casus en de status van het middelengebruik en de houding van de cliënt daaromtrent. De auteurs wijzen er echter in hun discussie op dat niet bij alle cliënten aan alle voorwaarden zal zijn voldaan en dat een klinische blik vereist is bij het beoordelen van criteria (Boer et al., 2021). In de praktijk is het echter voorstelbaar dat verschillende partijen anders aankijken tegen de noodzaak van verschillende criteria, of er op een andere manier mee omgaan, wat goede overdracht tussen zorgverleners moeilijker kan maken (zie o.a. De Vogel et al., 2019).

De afgelopen decennia is de forensische zorg niet alleen groter geworden, maar ook complexer. Dit geldt niet alleen in Nederland, maar ook internationaal. Nationaal en internationaal wordt de zorg georganiseerd in zorgmodellen: vastgelegd in documenten hoe de forensische zorg geleverd wordt met *best practices* voor behandeling en doorstroom (Kennedy, 2022). Kennedy beschrijft een aantal kernelementen van zo'n model van zorg, waaronder doelen, *pathways* en processen, behandeling en evaluatie en logische modellen. Het tweede element, *pathways* en processen, beschrijft dat hoewel gesloten forensische zorg vaak de kern van zorg is, zorg ook wordt verleend door gevangnissen en met een meer ambulant karakter. Tussen en binnen instellingen zouden volgens Kennedy duidelijke processen moeten bestaan voor triage, plaatsing, wachtlijstmanagement. Daarnaast beschrijft Kennedy (2022) een ideale beddenbezetting (volgens

hem 85%), maar ook hoe continuïteit van zorg zou kunnen worden gewaarborgd: door specifieke functionarissen met die taak te belasten.

Ook McKenna en Sweetman (2020) bespreken de zogenaamde 'modellen van zorg'. In hun literatuuronderzoek beschrijven zij onder andere de verschillen tussen de 'integrale' en de 'parallele' aanpak. Bij de 'integrale' aanpak maken forensische professionals nadrukkelijk deel uit van het grotere systeem van geestelijke gezondheidszorg. Hierbij werd vooral een gebrek aan specialisme als tekortkoming ervaren. Bij de 'parallele aanpak' vormen de forensische zorgmedewerkers een apart team, waardoor zij als zeer specialistisch worden gezien. Hierbij wordt met name "gatekeeping" tussen systemen - namelijk valt een cliënt onder de forensische of reguliere zorg - als knelpunt aangemerkt, waardoor ook de continuïteit van zorg in het gedrang komt. Deze schotten tussen verschillende vormen van zorg werden ook in Nederland als knelpunt aangemerkt, o.a. in het project *Mind the Gap* (De Vogel et al., 2019).

## 4. Methodebeschrijving

Op basis van de literatuurstudie is een topiclijst opgesteld (zie Appendix 1). Deze topics zijn in het najaar van 2023 in drie onlinefocusgroepen besproken met forensische zorgprofessionals en ervaringsdeskundigen. De uitkomsten zijn thematisch geanalyseerd (Braun & Clarke, 2006). Aan de focusgroepen hebben in totaal 26 professionals en ervaringsdeskundigen deelgenomen.

Deze 26 deelnemers hadden een gemiddelde leeftijd van bijna 40 jaar (39.85 jaar, *SD* 9.29 jaar). Gemiddeld hadden ze iets meer dan 10 jaar (10.46 jaar, *SD* 7.63 jaar) werkervaring in de forensische ggz. Zie Tabel 1 voor een beschrijving van de functies en het type organisatie waar de deelnemers werkzaam waren ten tijde van dit onderzoek.

**Tabel 1.** Professionele achtergrond van deelnemers aan de focusgroepen bij de knelpuntenanalyse (*N* = 26)

|                         | Frequentie (%)                                                                     |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Functie</b>          | Sociotherapeut/sociotherapeutisch medewerker                                       |
|                         | 1 (3.8%)                                                                           |
|                         | Manager/leidinggevende over een behandelend team                                   |
|                         | 1 (3.8%)                                                                           |
|                         | Regiebehandelaar/behandelcoördinator                                               |
|                         | 5 (19.2%)                                                                          |
|                         | Reclasseringswerker                                                                |
| <b>Type organisatie</b> | 2 (7.7%)                                                                           |
|                         | Plaatsingscoördinator                                                              |
|                         | 8 (10.8%)                                                                          |
|                         | Forensisch ambulante begeleider                                                    |
|                         | 4 (15.4%)                                                                          |
|                         | Anders (waaronder ervaringsdeskundige, trajectmanager, uitstroomcoördinator, etc.) |
|                         | 13 (50.0%)                                                                         |
| <b>Type organisatie</b> | FPC                                                                                |
|                         | 4 (15.4%)                                                                          |
|                         | FPK                                                                                |
|                         | 4 (15.4%)                                                                          |
|                         | FPA                                                                                |
|                         | 1 (3.8%)                                                                           |
|                         | Forensisch RIBW/MO                                                                 |
|                         | 2 (7.7%)                                                                           |
|                         | Forensisch FACT-team                                                               |
|                         | 2 (7.7%)                                                                           |
|                         | Reclassering                                                                       |
| <b>Type organisatie</b> | 2 (7.7%)                                                                           |
|                         | DForZo/DJI                                                                         |
|                         | 1 (3.8%)                                                                           |
|                         | PI/PPC                                                                             |
|                         | 2 (7.7%)                                                                           |
|                         | Niet-forensisch RIBW/MO                                                            |
|                         | 1 (3.8%)                                                                           |
| <b>Type organisatie</b> | Anders                                                                             |
|                         | 7 (26.9%)                                                                          |

## 5. Resultatenbeschrijving

### 5.1. Bekendheid met producten en middelen

Om zicht te krijgen op het gebruik van de reeds ontwikkelde producten, is hier in de focusgroepen naar gevraagd. De 'handreiking informatie-uitwisseling' is bij een enkeling bekend. Een reclasseringswerker geeft aan de handreiking te hebben gebruikt toen deze net uitkwam. In één instelling wordt het document bij plaatsing actief gebruikt om de gegevens te verkrijgen die noodzakelijk gevonden worden, soms als document waarnaar verwezen wordt om op de juridische



rechten qua informatiedeling te wijzen. Een andere instelling checkt incidenteel de handreiking om te onderzoeken of zij iets mogen delen of niet. Het overgrote deel van de respondenten kent de handreiking informatie-uitwisseling echter (nog) niet. Van diegenen die de handreiking kennen geeft een enkele deelnemer aan deze overzichtelijk te vinden, maar tevens "wollig". Daarnaast werd aangehaald dat de handreiking niet geschikt is voor alle vormen van forensische zorg, zo wordt informatie-uitwisseling rondom cliënten met een tbs-maatregel hierin niet meegenomen, ondanks dat zorg onder een tbs-maatregel wel degelijk deel uitmaakt van de forensische zorgketen. De handreiking leidt daarbij mogelijk ook zelf tot verwarring: de handreiking heeft titel die suggereert dat het voor de hele forensische zorg bruikbaar is, maar dat klopt niet. Mogelijk leidt dit ook tot onzekerheid, tot ongepast gebruik (in context waar deze niet voor is gemaakt), of tot minder gebruik dan gewenst/mogelijk.

De checklist en het interviewprotocol aanmeldingen voor BWMO en de handreiking ontslagplanning zijn bij geen van de deelnemers van de focusgroepen bekend. Na de bijeenkomsten zijn alle producten verstuurd naar de deelnemers.

## 5.2. Zelf ontwikkelde checklists en knelpunten informatie-uitwisseling

Veel instellingen geven aan zelf een checklist te hebben waarin staat welke informatie ze willen ontvangen bij een plaatsing. Dit komt in verschillende vormen, van opgestelde formats tot een standaardmail met een opsomming van de benodigde stukken. Het verschilt per instelling hoe breed dit zelf opgestelde document wordt gekend en gebruikt. Waar dit bij enkele instellingen als overkoepelend document voor de hele instelling is ingesteld, betreft het bij andere instellingen eerder een document dat op informele wijze door enkele afdelingen, of zelfs door enkele collega's, voornamelijk plaatsingscoördinatoren, wordt gebruikt. Een nadeel van het gebruiken van een zelf ontwikkelde checklist is dat het voor de verwijzende instelling veel (indirecte) tijd kost om per aanmelding te voldoen aan de eisen. Elkaar ondersteunen in de keten en hiervoor een toegankelijk en gebruikersvriendelijk zelfde formulier hebben, zou kunnen helpen.

Het gemak waarmee documenten verkregen worden, verschilt. Deze verschillen hangen samen met:

- De interpretatie van de individuele medewerker omtrent de (noodzaak van) toestemming van de cliënt. Formele richtlijnen bieden onvoldoende duidelijkheid, waardoor interpretatie nodig is.
- Het (volg)systeem waarmee gewerkt wordt verschilt en levert soms onduidelijkheden op.
- De mate waarin een medewerker toegang heeft tot registratiesystemen/het Justid-portaal vanuit de eigen organisatie (deze toegang is per organisatie beperkt tot een aantal personen).
- De huidige procedure bij plaatsing OFZ. Nu worden alleen de indicatiestelling en plaatsingsbrief verstuurd, zonder de brondocumenten. Deze terughoudendheid blijkt in de praktijk een gemis, zo vertelt een van de respondenten in de focusgroep.
- De plek waar informatie moet worden opgevraagd; bij sommige instellingen wordt alle informatie door één persoon of afdeling aangeleverd, maar bij andere instellingen dient de uitvragende organisatie op meerdere plekken in de uitsturende organisatie informatie op te halen. Dit kan belemmerend werken omdat er dan geen vaste contactpersonen zijn, terwijl 'het elkaar kennen' juist vaak als succesfactor wordt genoemd (zie verder 5.2.1).

Een veelgehoord knelpunt in de informatie-uitwisseling is dat dit een proces is dat veel tijd en moeite kan kosten, en veel inzet vergt van betrokken medewerkers, mede door de hierboven genoemde redenen die het verkrijgen van informatie kunnen beïnvloeden. Een ander genoemd knelpunt is de tijd waarbinnen een besluit tot opname genomen moet worden. Er is soms onvoldoende informatie om dit binnen een paar dagen te kunnen doen.

Gebrekkige informatie-uitwisseling leidt in sommige gevallen tot onnodige behandeling. Een voorbeeld dat hiervan gegeven wordt is een niet overgedragen delictanalyse, waardoor de opnemende instelling dit opnieuw doet met de cliënt, terwijl cliënt en instelling weten dat de delictanalyse al gedaan is. Ook onderbehandeling vindt plaats: een beschikbare plek blijft soms slechts korte tijd beschikbaar en als binnen die tijd niet de benodigde informatie kan worden verzameld kan het voorkomen dat de beschikbare plek voor deze cliënt over gaat. Tot slot kent gebrekkige informatie-uitwisseling een kwalitatief aspect. Veel informatie is niet altijd de juiste informatie. Een respondent beschrijft dit als volgt:



*'Ik krijg soms een veelheid van informatie, van somatiek tot psychiatrie. Daardoor zie ik de gemaakte keuzes, maar niet de aanleiding. Ik krijg bijvoorbeeld de datum door waarop een antipsychoticum is voorgeschreven en is toegediend. Maar waarom het is toegediend, wordt niet helder. Of ik zie een diagnose, maar niet wat er gebeurd is om hiertoe te komen.'*

Ook wordt ervaren dat er informatie gedeeld wordt die niet meer relevant of actueel is.

Tenslotte wordt ook gezien dat informatieoverdracht vooral gecentreerd is rondom behandelinhoudelijke informatie. Hoewel deze zeer relevant is, is ook praktische informatie over de dagelijkse (somatische) zorg en (on-)mogelijkheden van cliënten relevant. Zo wordt een voorbeeld gegeven van een cliënt die zich na een toiletbezoek waste met een doucheslang door fysieke beperkingen, maar deze persoon werd overgeplaatst naar een locatie waar de douches m.b.t. tot de veiligheid geen slang hadden maar bestonden uit een vaste douchekop, hoog op de muur gemonteerd. Deze informatie was niet overgedragen. Dat presenteert de ontvangende partij meteen met een praktisch probleem.

### 5.2.1 Belang contactpersoon

Een belangrijk thema dat met betrekking tot informatie-uitwisseling naar voren komt in de focusgroepen is het belang van het hebben van een contactpersoon en weten waar en bij wie je moet zijn. Een van de respondenten vat dat als volgt samen:

*'Je moet er met elkaar over hebben en bij elkaar kunnen komen. Die lijntjes weten is nodig. Dat gesprek is belangrijk. In samenspraak zorg je dat de informatie komt waar die moet zijn. Dat is (veel) werk en belangrijk werk. Elkaar kennen, alles zit vol, in samenwerking blijven is belangrijk.'*

Een andere respondent beschrijft dat hij altijd direct alle telefoonnummers opslaat van personen waarmee hij contact heeft, om wat voor reden dan ook, zodat hij in de toekomst weer een persoon (in plaats van een anonieme organisatie) heeft die hij kan bellen indien nodig.

Dat is echter geen eenvoudige opgave:

*'Als klinieken zoeken bij wie ze in de PI moeten zijn, is dat niet eenvoudig. Bij ons zijn er bijvoorbeeld 25 behandelaren. En wij werken met zoveel klinieken samen dat je niet altijd weet waar je moet zijn. Kortere lijntjes zijn belangrijk.'*

### 5.3. Gemeenschappelijk taalgebruik en terminologie

Bij een eerste vraag op dit thema lijken veel respondenten aan te geven op dit vlak geen problemen te ervaren. Na doorvragen wordt het gebruik van verschillende afkortingen storend genoemd en komen enkele termen naar voren:

- 'Verlof'. In de context van een zorgmachtiging betreft dit een periode van tenminste 48 uur (sowieso met overnachtingen), bij forensische klinieken wordt die term gehanteerd voor alle bewegingen buiten de muren van de kliniek. 'Vrijheden': is dit iets anders dan verlof?
- 'Beschermd' versus 'begeleid' wonen en 'verblijfszorg'.
- Het begrip 'responsiviteit' en wat daaronder wordt verstaan.
- De term 'risicomanagement' en wat daaronder wordt verstaan.
- De term 'zorgconferentie' voor onderling collegiaal overleg terwijl dat bij DIZ staat voor een overleg met grootschalige opzet, partners van diverse instellingen en bij een duidelijke impasse in de behandeling.
- De term 'signalenplan', hiervoor lijkt in andere instellingen de term 'terugvalpreventieplan' te worden gebruikt. Ook wordt hier de term signaleringsplan voor gebruikt.
- Penitentiare termen: 'rapport krijgen' (zeft iets over risico's), 'gelift hebben' (in de isoleer geslapen hebben).
- Wat betekent het als het "goed" gaat? Er wordt vaak gerapporteerd dat het goed gaat met een cliënt, maar betekent dat dat het goed gaat binnen die specifieke zorgcontext? Of zou het stabiele beeld zich ook doorvertalen naar een andere zorgcontext?

Toch lijkt een gebrek aan gemeenschappelijke terminologie geen nadrukkelijk probleem voor deelnemers. Daarnaast lijkt bij een deel van de genoemde termen het probleem te liggen in het ontbreken van een heldere definitie van het begrip of dat het om een complex construct gaat (bijvoorbeeld bij de term 'responsiviteit'), in plaats van dat er knelpunten worden ervaren doordat men andere termen voor hetzelfde construct gebruikt. Het zou kunnen dat het niet ervaren van problemen op dit gebied niet betekent dat deze problemen er niet zijn, maar is men zich hier niet bewust van doordat men niet weet dat in een andere instelling andere termen voor dezelfde constructen worden gehanteerd. Wel werd in de bespreking van dit thema genoemd dat professionals weinig kennis hebben van de wet- en regelgeving waarbinnen zij dienen te opereren. Op basis van de in deze focusgroepen opgedane kennis, kunnen wij niet stellen dat (het niet spreken van) gemeenschappelijke taal een probleem is. Daarom willen wij in de volgende stap, de documentanalyse, een tussenstap maken door een vervolgonderzoek te doen. Hierin zullen wij breder onderzoeken of er sprake is van overeenstemming over definities en of men problemen ervaart tussen instellingen.

#### 5.4. Warme overdracht

Er is onder respondenten uitgevraagd wat zij onder een warme overdracht verstaan. Hierbij werd door een respondent een voorbeeld gegeven dat door veel andere respondenten werd onderschreven. Deze respondent beschreef een overdracht vanuit een kliniek waarbij medewerkers van deze kliniek meermaals nog bij overleggen (bijvoorbeeld van het Veiligheidshuis) zijn aangesloten en zich beschikbaar maakten voor advies. Een warme overdracht heeft een zogenoemde 'dakpanconstructie': de nieuwe partij is vooraf ingevoegd en kent het team en de cliënt, niet alleen schriftelijk, maar is bijvoorbeeld ook al in een vroege fase betrokken bij relevante overleggen. Volgens respondenten is een warme overdracht een overdracht waarbij de ontvangende instelling voor de daadwerkelijke overplaatsing zowel schriftelijk als anderszins geïnformeerd is over de aanstaande overplaatsing. Hierbij is de timing belangrijk: het proces van overplaatsen moet geleidelijk kunnen verlopen waarbij voldoende ruimte is kennisdeling onder professionals en kennismaking van de cliënt met het nieuwe team en de nieuwe omstandigheden. Echter moet men ook niet te vroeg beginnen: de cliënt krijgt voor een lange tijd te maken met verschillende zorgverleners, bovendien kan dit verwarrend zijn, leiden tot loyaliteitsconflicten en mogelijk is een lange wachttijd op daadwerkelijke overplaatsing voor veel cliënten ook moeilijk. Bij warme overdracht wordt het hebben van een personeelslid als vast aanspreekpunt genoemd. Ook na de overdracht/verhuizing moet er beschikbaarheid blijven. Dat is vaak moeilijk te formaliseren in frequentie, maar het aanbod moet er zijn. Als de cliënt daar behoefte aan heeft zou hij/zij misschien ook beschikbaar moeten zijn voor de cliënt zelf, maar dit kan ook verwarring en uitspelgedrag (van de oude naar de nieuwe instelling) opleveren. Daarnaast geven respondenten aan dat meegaan met het intakegesprek en fysiek meegaan met de daadwerkelijke overplaatsing belangrijk is bij een warme overdracht. In gevallen waar dat mogelijk is wordt benoemd dat het belangrijk is om de overdracht samen met de cliënt te doen (kan niet altijd, bij moeite met afscheid o.i.d.). Ook wordt genoemd dat contact over praktische zaken vooraf heel belangrijk is voor de cliënt, omdat dit veel stress kan opleveren. Wat een warme overdracht is, en hoe dit kan worden vormgegeven is slechts vastgelegd bij enkele instellingen.

Een warme overdracht is niet alleen van belang voor de cliënt en zijn of haar traject, maar heeft ook effect op de samenwerking tussen instellingen. Door een warme overdracht kan het vertrouwen groeien en kan een volgende plaatsing makkelijker verlopen.

Rondom warme overdracht zijn de volgende knelpunten te herkennen:

- Bij ontvangst van cliënten uit PI is er vaak een 'verrassing' over de zorgzwaarte die betrokken cliënt nodig heeft. Ook worden er met regelmaat cliënten 'koud overdragen' vanuit PI's; er komt vaak geen begeleider mee, en informatie wordt alleen schriftelijk overgedragen.
- Praktische belemmeringen: zo kan de bezetting voorkomen dat er iemand vrij kan worden gemaakt die mee kan met een overplaatsing (of intake), ook kan men niet altijd vinden of en hoe deze tijd kan worden gedeclareerd.
- Wat een warme overdracht is, is overwegend niet vastgelegd, evenals wat hierbij nodig is.
- Bij plaatsing van een cliënt OFZ bij een andere instelling stopt de financiering, waardoor contact houden financieel niet mogelijk is.

- Daarnaast wordt veelal gesproken over de aspecten van informatie-uitwisseling rondom een overplaatsing en contact tussen behandelaren en professionals maar is er vanuit oogpunt van ervaringsdeskundigen soms bij professionals minder oog voor hoe een overplaatsing door een cliënt moet worden ervaren.
- Medewerkers hebben eigenlijk geen goed beeld van de instelling waar ze een cliënt naartoe verwijzen, hoe zo'n type organisatie er in de praktijk uit ziet. Daardoor kunnen zij cliënten ook niet goed begeleiden of voorbereiden.

## 5.5. Genoemde oplossingsrichtingen

Naast knelpunten zijn ook mogelijke oplossingsrichtingen geïnventariseerd in de diverse focusgroepen, welke overigens wel om verdere praktische uitwerking vragen. Hieruit komen onder andere:

Op het gebied van informatie-uitwisseling:

- Het zou handig kunnen zijn als er vanuit het forensisch veld een eigen document komt waarin hetzelfde type informatie voor iedere cliënt is opgenomen, en dat een verzameldocument is dat standaard wordt overgedragen tussen instellingen (zodat informatie NIET gefragmenteerd is). Dat document dient dan wel continu te worden geüpdatet zodat dit direct uit het systeem te halen is als er sprake is van een mogelijke plaatsing (en men niet dan ineens informatie moet gaan verzamelen).
- De bestaande handreiking informatie-uitwisseling zou kunnen worden herzien en/of vereenvoudigd en meer bekendheid van bestaande handreikingen is noodzakelijk. Daarnaast zou de handreiking kunnen worden uitgebreid zodat deze daadwerkelijk van toepassing is op alle forensische zorg.
- Het aanstellen van vast persoon bij uitstroom, een "uitstroomcoördinator", die zorgt dat alle informatie wordt verzameld en op de juiste plek komt.
- Investeren in de relatie tussen zorgverlener en cliënt, aangezien die als een zeer relevante succesfactor wordt gezien. Als deze beter is, is de afstemming over wel/niet delen van informatie en het maken van keuzes vaak eenvoudiger.

Op het gebied van warme overdracht kunnen oplossingsrichtingen wellicht gevonden worden in:

- Beschrijving van wat warme overdracht tussen medewerkers inhoudt.
- Beschrijving van warme overdracht voor de cliënt, wat gaat hij of zij concreet anders ervaren dan bij het ontbreken hiervan.
- Meer gebruik maken van ervaringsdeskundigen in de FZ, die kunnen expliciteren wat het belang van een warme overdracht (en informatiedeling) kan zijn.
- Aandacht besteden aan/wegnemen van praktische belemmeringen (zoals rondom financiering)

## 6. Conclusie en voorstellen voor vervolg

Concluderend kan worden gesteld dat op het gebied van informatie-uitwisseling drie thema's kunnen worden onderscheiden waarbinnen knelpunten te lijken bestaan:

- 4) Men is niet of nauwelijks bekend met bestaande middelen die beschikbaar zijn om richting te geven aan informatie-uitwisseling.
- 5) Instellingen hanteren overwegend zelf opgestelde protocollen en documenten waarin het informatie-uitwisselingsproces wordt beschreven. Daarnaast worden problemen ervaren door individuele interpretatie van (de noodzaak van) toestemming van de cliënt om bepaalde informatie te delen, gebruik van verschillende systemen en tenslotte kan informatie gefragmenteerd door instellingen zijn verspreid en moet deze dan ook op verscheidene plekken binnen één instelling worden opgevraagd door de ontvangende instelling.
- 6) Informatie-uitwisseling lijkt samen te hangen met bepaalde betrokken personen, die bepalen hoe makkelijk (of moeilijk) de informatie-uitwisseling tot stand komt.

Met betrekking tot gemeenschappelijk taalgebruik zijn er twijfels of dit daadwerkelijk als probleem ervaren wordt. Er werden verschillende termen genoemd waarover onduidelijkheid bestaat, maar bij sommige daarvan bestaat er meer in het algemeen nog geen duidelijke definitie (zoals het begrip "risicomanagement"). Het gebrek aan gemeenschappelijke taal lijkt dan niet noodzakelijk de kern van het probleem. Het projectteam stelt voor dat op het gebied van gemeenschappelijke taal er een tussenstap gemaakt wordt. In de documentanalyse gaan wij verder uitzoeken in hoeverre 'gemeenschappelijke taal' en heldere definities een probleem vormen in de praktijk van de forensische zorg. Op basis hiervan hopen wij te kunnen inschatten of het maken van een begrippenlijst, zoals in eerste instantie werd beoogd binnen dit project, een daadwerkelijke aanvulling vormt voor de praktijk.

Op het gebied van warme overdracht lijkt wel consensus te bestaan over wat warme overdracht inhoudt, maar lijkt dit bij weinig instellingen daadwerkelijk geprotocolleerd of vastgelegd. Daarnaast ervaart men praktische knelpunten, bijvoorbeeld in de bezetting of hoe bepaalde tijd te declareren. Overplaatsingen vanuit de PI worden regelmatig als 'koud' ervaren doordat enkel schriftelijke overdracht vooraf plaatsvindt, de cliënt zelf niet wordt gebracht en er geen direct contact is tussen medewerkers vanuit de PI en professionals van ontvangende instelling. Hoe de overdracht door de cliënt dient te worden ervaren, of hoe overdracht m.b.t. de cliënt dient te worden vormgegeven is ook een punt van aandacht. Het projectteam stelt voor de 'handreiking warme overdracht' in dit KFZ-project volgens plan uit te voeren.

## 7. Referenties

- Boer, A., Kip, H., & Schotanus-Dijkstra, M. (2021). *Continuity of forensic care, Factors for discharge of forensic psychiatric patients within domains mental health and problem behaviour*. Universiteit Twente.
- Bredenoort, M. & Roeg, D. (2021a). *Checklist forensische aanmeldingen BW/MO. Een handreiking aan professionals voor informatie-uitwisseling bij aanmelding van een forensische cliënt bij een BW/MO-organisatie*. Kwaliteit Forensische Zorg.
- Bredenoort, M. & Roeg, D. (2021b). *Interviewprotocol intake BW/MO. Een handreiking aan professionals voor een intake met een (forensische) cliënt*. Kwaliteit Forensische Zorg.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Inspectie Justitie en Veiligheid (2023). *Onderzoek naar aanleiding van het steekincident in CTP Veldzicht*. <file:///H:/downloads/Rapport+Onderzoek+naar+aanleiding+van+het+steekincident+in+CTP+Veldzicht.pdf> (geraadpleegd 24 januari 2024).
- Kennedy, H.G. (2022). Models of care in forensic psychiatry. *BJPsych Advances*, 1–14. DOI: 10.1192/bja.2021.34.
- McKenna B. & Sweetman L.E. 2020. *Models of Care in Forensic Mental Health Services: A review of the international and national literature*. New-Zealand Ministry of Health.
- Ministerie van Justitie en Veiligheid (2021). *Handreiking informatie-uitwisseling forensische zorg*. Publicatienummer 21403442. [www.dji.nl/documenten/publicaties/2021/10/14/handreiking-informatieuitwisseling-forensische-zorg](http://www.dji.nl/documenten/publicaties/2021/10/14/handreiking-informatieuitwisseling-forensische-zorg) (geraadpleegd 24 juli 2023)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2023). *Zorg en ondersteuning aan Donny M. in het straf-, zorg- en sociaal domein*. Utrecht. [File:///H:/downloads/tk-bijlage-tds-rapport-zorg-en-ondersteuning-aan-donny-m%20\(2\).pdf](file:///H:/downloads/tk-bijlage-tds-rapport-zorg-en-ondersteuning-aan-donny-m%20(2).pdf) (geraadpleegd 24 januari 2024).
- Schaftenaar, P. & Outheusden, van, I. (2019). *Handreiking Duurzame Verbinding. Relationeel zorgverlenen en contact na behandeling als middel om betekenis te geven aan de relatie en risicomanagement toe te passen*. Kwaliteit Forensische Zorg.
- Seegers, L., Heirbaut, T., Klein Haneveld, L. & Bouman, Y. (2023). *Bridge the gap. Het verbeteren van de (in-) door- en uitstroom door trajectplanning*. Kwaliteit Forensische Zorg.
- Stienstra, J. & Clercq, de, F. (2020). *Beelden van de forensische zorg. Rapportage van een kwalitatief verkennend onderzoek*. Projectnummer 6052. Ferro.
- Vogel, de, V., Schaftenaar, P. & Clercx, M. (2019). *Mind the gap. Continuïteit in de forensische zorgketen*. Kwaliteit Forensische Zorg.

## Appendix 1

### Topiclijst focusgroepen

#### Informatie-uitwisseling

- ◊ Hoe wisselen jullie informatie uit tijdens/rondom overdracht van cliënten, hebben jullie hier een standaard protocol voor? Worden altijd dezelfde documenten of dezelfde informatie uitgewisseld? Is dit vastgelegd?
- ◊ Lopen jullie weleens tegen knelpunten aan doordat jullie andere woorden gebruiken voor dezelfde concepten als andere instelling, of verschillen in taalgebruik in het algemeen? Hoe merk je dat, en voor welke problemen zorgt dit?
- ◊ Speelt niet-gemeenschappelijk taalgebruik een rol bij niet optimale informatie-uitwisseling? Op welke manier?
- ◊ Handreiking informatie-uitwisseling (2021): ben je ermee bekend? Wordt deze gebruikt/nageleefd? Op welke manier dan? Welke informatie haal je hieruit?
- ◊ Handreiking ontslagplanning (in- door- en uitstroom, 2023).
- ◊ Voor verwijzers naar BW/MO: wordt de checklist forensische aanmeldingen BW/MO, handreiking voor informatie-uitwisseling bij opname, (KFZ, 2021) gebruikt?
- ◊ BW/MO: zien jullie deze checklist forensische aanmeldingen BW/MO gebruikt worden?
- ◊ Waar lopen jullie tegenaan op het gebied van informatie-uitwisseling?

#### Overdracht

- ◊ Doen jullie aan (een vorm van) warme overdracht bij het doorplaatsen van cliënten?
  - Wat versta jij/jullie onder een warme overdracht?
  - Zo ja, hoe gaat dit? Wat gaat goed, wat zijn knelpunten?
  - Als er warme overdracht heeft plaatsgevonden, heeft dit dan een effect op (het succes van) de vervolgplaatsing van de cliënt?
  - Zo nee, waarom niet? Onder welke omstandigheden vindt er over het algemeen géén warme overdracht plaats?
  - Is het in jullie organisatie vastgelegd wat er onder een warme overdracht wordt verstaan en hoe deze vormgegeven zou moeten worden?
- ◊ Heb je ervaring met warme overdracht dat een andere organisatie dit verzorgde (bij de overdracht naar jullie organisatie toe)?
- ◊ Welke rol speelt gemeenschappelijk (overeenkomstig) taalgebruik een rol bij warme overdracht?

## Bijlage 3. Survey gemeenschappelijke taal

Hieronder zijn de inhoudelijke vragen uit de survey over gemeenschappelijke taal weergegeven. Deze vragen werden voorafgegaan door een digitaal informed consent, en vragen over de professionele en demografische achtergrond van deelnemers. Na deze sectie volgde een vraag of deelnemers wilden deelnemen aan de loterij en of zijn de juiste antwoorden via mail wilden ontvangen.

1. *Een vroegsignaleringsplan is hetzelfde als een concept signaleringsplan.*  
☐ Ja  
☐ Nee
2. *Een delictscenario en een delictanalyse zijn hetzelfde.*  
☐ Ja  
☐ Nee
3. *Een terugvalpreventieplan is hetzelfde als een signaleringsplan.*  
☐ Ja  
☐ Nee
4. *Een vroegsignaleringsplan, een terugvalpreventieplan en een signaleringsplan zijn allemaal hetzelfde.*  
☐ Ja  
☐ Nee
5. *Als gezegd wordt, 'problemen in gedrag en houding' dan bedoelt men:*
  - a) Dit moet nog nader gespecificeerd worden
  - b) Problemen rondom norm overschrijdend gedrag en motivatie
  - c) Problemen rondom communicatiestijl en hechting
  - d) b) en c)
  - e) Anders, namelijk
6. *Forensische scherppte is:*
  - a) Forensische scherppte is oog houden voor de veiligheid boven zorg, en beslissingen daarop baseren. Het is voortduren vanuit veiligheidsoogpunt inschatten en handelen. Hierbij wordt bedoeld de veiligheid van de medewerker(s) zelf en de samenleving.
  - b) Forensische scherppte is kunnen observeren en herkennen van zelfs subtiele signalen van mogelijke escalatie. Hiervoor is algemene kennis, en kennis en bewustzijn van de patiënt<sup>3</sup>, van zijn of haar stoornis en de forensische setting/de forensische context nodig. Daarnaast is het herkennen van eigen onderbuikgevoel belangrijk, net als de capaciteit om hierover met collega's te communiceren, de bereidheid om te handelen wanneer nodig, en de realisatie dat dit in zichzelf ook een effect op de patiënt kan hebben
  - c) Forensische scherppte is als professional voortdurend naar je gevoel luisteren en daarnaar handelen.
7. *Criminogene factoren zijn:*
  - a) Het risico/de delicten van de cliënt
  - b) De risicofactoren
  - c) Het risico, de risicofactoren en de kracht van de cliënt

8. *Welke stelling is juist?*  
 A. 'Verlof' betekent 'langer dan 24 uur buiten de instelling zijn'  
 B. 'Vrijheden' zijn alle bewegingen buiten een instelling.  
 a) De stellingen zijn beide juist  
 b) De stellingen zijn beide onjuist  
 c) Stelling A is juist  
 d) Stelling B is juist
9. *Welke stelling is juist?*  
 A. Bij begeleid wonen heeft de cliënt een eigen woning  
 B. Beschermd wonen kan met en zonder verblijf, er 24/7 beschikbaarheid van ondersteuning  
 a) De stellingen zijn beide juist  
 b) De stellingen zijn beide onjuist  
 c) Stelling A is juist  
 d) Stelling B is juist
10. *Met responsiviteit in de forensische context wordt bedoeld:*  
 .....
11. *De juiste definitie van een zorgconferentie is:*  
 a) Een multidisciplinaire bespreking over een cliënt  
 b) Een multidisciplinaire bespreking met onafhankelijk professionals
11. *Ik ken de afkorting ZAG.*  
 a) Nee  
 b) Ja, deze betekent .....
12. *Een dynamische delicttheorie en een delictscenario zijn hetzelfde.*  
☐ Ja  
☐ Nee
15. *Ervaar jij wel eens verwarring over bepaalde forensische begrippen?*  
☐ Ja  
☐ Nee
16. *Zo ja, welke forensische begrippen dan?*  
 .....
17. *Zo ja, welke gevolgen ervaar je hierdoor?*  
 .....

## Bijlage 4. Vignetten

In deze bijlage zijn twee documenten behorend bij de vignetstudie opgenomen. Eerst zijn de relevante factoren bepaald, deze staan in de eerste kolom van de tabel en is er onderscheid aangebracht op - en invulling gegeven aan de relevante factoren (kolom 2 t/m 4). Vervolgens zijn op basis van de uitgeschreven relevante factoren omgezet in geschreven vignetten, deze zijn daadwerkelijk gebruikt tijdens de focusgroepen. In de focusgroepen zijn alle drie de vignetten besproken met de deelnemers.

### Relevante factoren:

| Relevante factor                                                                               | Vignet 1 – Dennis                                                                                                                                                                                                                     | Vignet 2 – Ron                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Vignet 3 – Leroy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Informatieoverdracht – schriftelijke overdracht</b>                                         | Goede schriftelijke overdracht, alle beschikbare en relevante documentatie wordt aangehecht aan één email tijdig aangeleverd, evenals het ingevulde format van de ontvangende instelling.                                             | Gefragmenteerde schriftelijke overdracht, delen ontbreken, komen via verschillende kanalen, delen komen later.                                                                                                                                                                                                  | Goede schriftelijke overdracht in aanleg, echter aanvullende vragen die later via mail worden gesteld worden niet beantwoord.                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Informatieoverdracht – Contact tussen behandelaren instellingen – voor en na overdracht</b> | Geen – het is onduidelijk wie de verantwoordelijke behandelaar is, en deze persoon kan niet worden gecontacteerd door ontvangende instelling. Er worden geen behandelplanbespreking, of andere vergaderingen bijgewoond over en weer. | Goed contact tussen behandelaren, de hoofdbehandelaar van FPA belt voor overplaatsing met nieuwe hoofd behandeling en doet mondelinge overdracht van algemeen behandelinhoudelijk beeld. FPA nodigt nieuw HB uit om laatste BHP bij te wonen, en doet zelf schriftelijke bijdrage aan eerste voortgangsoverleg. | Goed, ontvangend hoofdbehandelaar spreekt huidig hoofd behandeling twee keer via Teams, in aanmeldfase en na acceptatie.                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Warme overdracht – praktische informatievoorziening aan cliënt vooraf</b>                   | Goed, cliënt ontvangt één maand voor overplaatsing de huisregels, inclusief bijgaande folder in begrijpelijke taal en krijgt een filmpje te zien over de FPK, waarin ook veelgestelde vragen zijn opgenomen.                          | Redelijk – cliënt ontvangt huisregels en folder in begrijpelijke taal.                                                                                                                                                                                                                                          | Beperkt – cliënt ontvangt huisregels maar deze zijn heel formeel opgesteld. Hij stelt vragen via zijn huidige Persoonlijk begeleider maar die krijgt hier nooit antwoord op. Bij aankomst blijkt bepaalde informatie verouderd waardoor hij bepaalde spullen toch niet mee mag nemen en het bezoekbeleid ook anders is als hij dacht. |
| <b>Warme overdracht – dakpanconstructie</b>                                                    | Geen – er is geen kennismaking vooraf, de dag van de overplaatsing is                                                                                                                                                                 | Goed, cliënt gaat samen met Persoonlijk begeleider uit FPA eerst                                                                                                                                                                                                                                                | Redelijk, ontvangende Persoonlijk begeleider komt een keer uitgebreid                                                                                                                                                                                                                                                                 |



|                                                                        |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                        | de eerste keer dat de cliënt bij de FPK komt.               | een keer koffiedrinken. Hij mag dan ook een lege kamer bekijken. Vervolgens gaat hij samen met zijn nieuwe Persoonlijk begeleider een dagdeel de omgeving verkennen van de toekomstige woonomgeving en kan hij de werkplekken bekijken die de organisatie biedt.                            | koffiedrinken en kennis maken, en vertelt cliënt over nieuwe locatie.                                                                         |
| <b>Warme overdracht – daadwerkelijke overplaatsing</b>                 | Koude overdracht: cliënt arriveert alleen met zijn spullen. | Warme overdracht: cliënt arriveert met Persoonlijk begeleider vanuit overplaatsende instelling. Ze gaan samen naar zijn kamer, en voormalig Persoonlijk begeleider helpt hem met uitpakken. Er wordt ruim de tijd genomen om koffie te drinken met voormalig PB-er, nieuwe PB-er en cliënt. | Op dag zelf wordt cliënt door eigen Persoonlijk begeleider gebracht. PB-er heeft kort afstemming met ontvangende PB-er, vertrekt kort daarna. |
| <b>Warme overdracht – contact houden na overplaatsing (met cliënt)</b> | Na de overplaatsing is er geen contact meer met het PPC/PI. | Goed – de voormalige Persoonlijk begeleider komt in de eerste periode nog elke 2 weken langs en is bereikbaar voor het team voor vragen. Na 2 maanden stopt het bezoek van de oude PB-er.                                                                                                   | Redelijk, voormalig Persoonlijk begeleider belt nog enkele keren.                                                                             |

| <b>Overige verschillen (geen target)</b> | <b>Vignet 1 – Dennis</b>                                            | <b>Vignet 2 – Ron</b>                        | <b>Vignet 3 – Leroy</b>                                                              |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Contexten van overplaatsing</b>       | PI (PPC) naar FPK                                                   | FPA naar BW                                  | FPA naar ambulante behandeling en woonbegeleiding thuis                              |
| <b>Justitiële titel</b>                  | Penitentiair programma met zorg Voorwaardelijke invrijheidsstelling | Voorwaardelijke veroordeling                 | Voorwaardelijke veroordeling                                                         |
| <b>Achtergrond cliënt</b>                | Schizofrenie met middelengebruik                                    | Persoonlijkheidsstoornis met middelengebruik | Persoonlijkheidsstoornis met antisociale en narcistische trekken met middelengebruik |

### **Casus 1 – Dennis**

Dennis (34) is opgenomen in een PPC (penitentiair programma met zorg; art. 5 Penitentiaire maatregel), onderdeel van een PI. Hij lijdt aan schizofrenie en heeft grote delen van zijn leven op straat geleefd. Hoewel verschillende zorginstellingen bij Dennis betrokken zijn geweest kan Dennis omschreven worden als zorgmijder: als hij zich al aan een behandeling hield was dit tijdelijk. Na korte periodes van ingesteld zijn op antipsychotische medicatie stopte hij hier zelf mee, waardoor hij vaak psychotische symptomen had. Daarnaast gebruikte hij drugs (cannabis en cocaïne) en alcohol. Hoewel hij waarschijnlijk ooit op gemiddeld intelligentieniveau functioneerde is dit inmiddels door cognitief verval laaggemiddeld. Gedreven door zowel de psychotische symptomen als het middelengebruik heeft hij gedurende zijn leven veel delicten gepleegd, overwegend vermogensdelicten, maar ook enkele geweldsdelicten. Hij heeft een medecliënt van de nachtopvang voor daklozen meermaals gestoken met een mes, wat heeft geleid tot zijn huidige veroordeling.

Dennis wordt in het kader van tbs met voorwaarden (art.38a Wetboek van Strafrecht) overgeplaatst naar een Forensisch Psychiatrische Kliniek (beveiligingsniveau 3). Het PPC heeft hem aangemeld bij FPK "de Kliniek" via het plaatsingsbureau. Zij sturen met de aanmelding het volledig ingevulde aanmeldformulier van De Kliniek mee. Hierin is informatie opgenomen over Dennis' achtergrond en typisch gedrag, psychosociaal functioneren, gekende risicofactoren, ADL vaardigheden, en normale dag invulling. Daarnaast ontvangt De Kliniek vanuit het PPC de laatste twee behandelplannen waarin informatie staat over de behandelvoortgang van Dennis. De Kliniek wil ook graag in contact komen met de behandelaar van Dennis bij het PPC, maar zij komen er niet snel achter wie dit is geweest, en wanneer zij dit wel weten krijgen zij geen contact met haar. Eén maand voor de daadwerkelijke overplaatsing ontvangt Dennis de huisregels van De Kliniek, waar ook een folder bij zit die is opgesteld in begrijpelijk taalgebruik. Daarnaast laat De Kliniek Dennis een website bezoeken waar hij een filmpje kan bekijken over FPK de Kliniek, bedoeld voor toekomstige cliënten, waarin een huidige "cliënt" antwoord geeft op vragen die veel toekomstige cliënten stellen. Dennis vraagt of hij een keer kan gaan kijken, maar dat is niet de werkwijze van De Kliniek, en dus niet mogelijk. Op de dag van de overplaatsing komt Dennis zelf met beveiligd vervoer naar De Kliniek, met zijn spulletjes. Er komt niemand mee vanuit het PPC. Nadat hij in De Kliniek is gezet is er geen bemoeienis meer vanuit het PPC.

### **Casus 2 – Ron**

Ron (34) verblijft al enkele maanden bij Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA, niveau 2) "De Afdeling" onder een voorwaardelijke veroordeling (art. 14a Wetboek van Strafrecht). Hij is hier terecht gekomen na mishandeling van een portier tijdens het uitgaan. Ron kent al vanaf jonge leeftijd problemen, waaronder middelengebruik (cannabis, cocaïne en alcohol) en agressie. De FPA heeft Ron gediagnosticeerd met een antisociale persoonlijkheidsstoornis en stoornissen in middelengebruik. Ron heeft daarnaast een laaggemiddelde intelligentie. Ron zal binnenkort doorstromen naar een beschermde woonvorm "De Beschermengel" (niveau 0).

De Beschermengel heeft moeite om alle informatie over Ron binnen te krijgen. Hoewel zij een standaard aanmeldformulier hebben, vragen zij hiernaast standaard om enkele andere stukken, zoals een recent behandelplan en een recente risicotaxatie. Deze informatie komt in eerste instantie maar deels binnen, niet alle gevraagde informatie wordt geleverd. Er wordt wel een behandelplan gestuurd, maar dit is verouderd (is bijna een jaar oud) en de risicotaxatie ontbreekt. Ook is het standaard aanmeldformulier niet volledig ingevuld. Na enkele keren op en neer mailen ontvangt de beoogde afdeling binnen De Beschermengel, het Gabrielhuis, rechtstreeks vanuit de zendende afdeling nog enkele stukken (niet via het plaatsingsbureau van De Beschermengel). Tegelijkertijd ontvangt het plaatsingsbureau ook enkele andere stukken vanuit de plaatsingscoördinator van De Afdeling. Door deze gefragmenteerde informatievoorziening duurde het lang voordat Ron werd geaccepteerd, dit is zelfs een tijdje onzeker geweest. Nadat de acceptatie definitief is belt de behandelcoördinator van de afdeling die verantwoordelijk was voor Ron met de toekomstige gedragsdeskundige van Ron bij De Beschermengel. Zij vertelt wie Ron is als persoon, wat zijn diagnostisch beeld is en hoe dat zich bij hem uit, wat zijn voorgeschiedenis is, wat risicofactoren zijn, welke behandeling en begeleiding er bij De Afdeling is ingezet en hoe Ron daarop reageerde en hoe vroegsignalen er bij Ron uit zien. Ron zelf ontvangt één maand voor overplaatsing de huisregels en een in begrijpelijk taalgebruik opgestelde folder.

Ron gaat samen met zijn persoonlijk begeleider van De Afdeling drie weken voor de overplaatsing koffiedrinken bij De Beschermengel. Hij maakt kennis met zijn toekomstig Persoonlijk begeleider daar, en mag een lege kamer bekijken. Twee weken voor de verhuizing gaat Ron samen met zijn toekomstig Persoonlijk begeleider van De Beschermengel een dagdeel op pad om het terrein en de omgeving van de Beschermengel, te verkennen. Ook kan hij verschillende werkplekken bekijken waar hij straks mogelijk gaat werken. Op de dag van de overplaatsing gaat Ron samen met de Persoonlijk begeleider van De Afdeling naar De Beschermengel. Ze gaan samen naar zijn kamer, en de Persoonlijk begeleider van De Afdeling helpt hem met uitpakken. Ook drinken ze koffie met zijn drieën: Ron, de Persoonlijk begeleider van De Afdeling, en de nieuwe Persoonlijk begeleider van De Beschermengel. De Persoonlijk begeleider van De Afdeling komt nog twee keer koffiedrinken bij Ron om te vragen hoe het gaat. Daarna wordt dit contact naar beider tevredenheid afgesloten.

### **Casus 3 – Leroy**

Leroy (54) verblijft bijna 1 jaar bij Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA, niveau 2) “het Opstapje” onder een voorwaardelijke veroordeling (art 14a Wetboek van Strafrecht). Leroy is hier terecht gekomen na ernstige bedreiging van een winkelmedewerker. Leroy vertoont al vanaf jonge leeftijd problemen, hij kon niet goed meekomen op school en werd thuis veelal aan zijn lot overgelaten. Het Opstapje heeft Leroy gediagnosticeerd met een Persoonlijkheidsstoornis met antisociale en narcistische trekken en stoornissen in middelengebruik (met name alcohol). Leroy heeft inmiddels te horen gekregen dat hij de volgende stap mag maken. Hij gaat thuis bij zijn vriendin wonen en zal woonbegeleiding thuis (de Vrije Ruimte) en ambulante behandeling (bij de Vrije Blik) krijgen.

Het plaatsingsbureau van Het Opstapje vult hun standaard ontslagbrief in, en vult het aanmeldformulier van de Vrije Blik in. Ook sturen zij het laatste behandelplan, de laatste risicotaxatie, de delictanalyse en het actuele medicatieoverzicht. Dit sturen ze allemaal ook naar de Vrije Ruimte. Na enkele weken heeft het team van de Vrije Ruimte nog wat vragen, onder andere over een recent ingezette medicatiewijziging, en de motivatie achter bepaalde keuzes in het behandelplan. Het Opstapje komt bij monde van de hoofdbehandelaar wel met een antwoord over het behandelplan, maar de verantwoordelijke psychiater bij Het Opstapje reageert niet op vragen over de medicatie. De hoofdbehandelaars van Het Opstapje en van de Vrije Blik spreken elkaar tweemaal via teams, eenmaal in de aanmeldfase, eenmaal na acceptatie. Zij bespreken het ingezette behandelbeleid vanuit Het Opstapje, en welke stappen Leroy hierin nog te zetten heeft. Enkele weken voordat Leroy thuis gaat wonen, komt de toekomstige persoonlijk begeleider van Leroy bij Het Opstapje koffie met hem drinken en vertelt hem over de gang van zaken bij de Vrije Ruimte, zoals hoe vaak ze op bezoek komen, wat ze bieden aan dagbesteding, hoe hij contact met hen kan opnemen etc.

Leroy ontvangt één maand voor de overplaatsing de huisregels van de Vrije Ruimte. Deze zijn in vrij formeel en ingewikkeld taalgebruik opgesteld. Als Leroy via zijn persoonlijk begeleider van Het Opstapje duidelijkheid probeert te krijgen over bepaalde zaken krijgen ze hier geen antwoord op. Op de dag van de verhuizing zelf wordt Leroy weggebracht door de Persoonlijk begeleider van het Opstapje. De Persoonlijk begeleider van het Opstapje blijft nog kort, hij heeft ook even afstemming met de Persoonlijk begeleider van De Vrije Ruimte, vooral over de beste bejegening van Leroy. Na enige tijd vertrekt de Persoonlijk begeleider van Het Opstapje. Het blijkt dat de huisregels die Leroy een tijdje geleden kreeg verouderd zijn. Tijdens de eerste maand belt de voormalig Persoonlijk begeleider van Het Opstapje nog twee keer met Leroy om te vragen hoe het gaat, of hij op zijn plek zit en goed in contact is met de begeleiding van De Vrije Ruimte en de behandelaar van De Vrije Blik. Als Leroy positief antwoordt, beide keren, wordt het belcontact afgesloten.

## Bijlage 5. Poster Handreiking Warme overdracht

# WARME OVERDRACHT in zes stappen



1

### Schriftelijke informatieoverdracht

Aanmeldformulieren; behandelinformatie; perspectief van de cliënt; complete overdracht inclusief risicofactoren en -management; contactgegevens verzender; handreiking informatie-uitwisseling FZ wordt gebruikt.



2

### Mondelinge informatieoverdracht

Er is altijd telefonisch contact; bij voorkeur overdracht aan het hele nieuwe team; eventuele veranderingen in beveiligingskader, risicofactoren en -management worden besproken.



3

### Info voor cliënt voor plaatsing

Cliënt ontvangt actuele info in begrijpelijke taal; er is een filmpje, webpagina of VR-programma met info; netwerk van cliënt wordt betrokken.



4

### Dakpanconstructie (indien mogelijk)

Overgang zo langzaam als nodig, koffiedrinken, mee-eten, logeren; netwerk mee; gesprek met cliënt over verandering van risicofactoren en -management na plaatsing; wat is de beste start; afscheid.



5

### Daadwerkelijke plaatsing

Verwijzende instelling gaat mee, reist bij voorkeur samen; begeleider heeft contact met team en cliënt; praktische activiteit en gesprek; netwerk betrekken; ketenpartners informeren, o.a. over risicofactoren, -management en zorg.



6

### Contact houden na plaatsing

Minimaal een keer telefonisch contact vanuit verwijzende instelling met aandacht voor risico- en beschermende factoren en risicomanagement; bezoek aan cliënt en team; verwijzer is beschikbaar voor cliënt, netwerk en instelling.



## Bijlage 6. Checklist Handreiking Warme overdracht



### Checklist 'warme overdracht in de forensische zorg'

#### Schriftelijke informatieoverdracht voorafgaand aan plaatsing

- ☐ Juiste documenten ten behoeve van forensische financiering door 3RO of IFZ
- ☐ Aanmeldformulieren, behandelgeschiedenis, inclusief data, namen van instellingen
- ☐ Overdracht van medische, psychiatrische, psychologische, verpleegkundige, en socio-therapeutische aspecten, met specifieke aandacht voor risicofactoren en -management
- ☐ Medicatie- en uitgiftelijst
- ☐ Schriftelijk profiel van de cliënt met beeld van krachten, beperkingen, bejegeningstijl
- ☐ Het uitgevraagde perspectief, wensen en motivatie van de cliënt
- ☐ Bij bovenstaande is de handreiking informatie-uitwisseling FZ gebruikt
- ☐ Het is duidelijk wie de informatie verstuurd heeft (naam, mail, telefoonnummer)



#### Mondelinge informatieoverdracht voorafgaand aan plaatsing

- ☐ Telefonisch contact tussen verwijzer en ontvanger door behandelaren en teams
- ☐ Teams bespreken verandering van beveiligingskader en in risicofactoren en -management
- ☐ Mondeling meer overgedragen dan schriftelijk? Bij cruciale informatie ook nog op papier
- ☐ Draag over aan team i.p.v. 1 persoon. Bij multiple zorg: overdracht aan partijen gezamenlijk



#### Praktische info aan cliënt voorafgaand aan plaatsing

- ☐ De cliënt ontvangt actuele informatie en huisregels in begrijpelijke taal
- ☐ Bij voorkeur is er een filmpje, VR-programma, website. Dit wordt samen met de cliënt bekeken
- ☐ Het netwerk van cliënt wordt, indien hier toestemming voor is, betrokken en krijgt ook informatie
- ☐ Als er een wettelijk vertegenwoordiger is, wordt deze ook geïnformeerd



#### Dakpanconstructie: kennismaking vooraf en geleidelijke plaatsing

- ☐ In gesprek met cliënt en instelling over veranderingen in risicofactoren en -management
- ☐ Bezoek aan nieuwe plek of bezocht worden door nieuwe begeleiders, bij voorkeur met netwerk
- ☐ Overgang zo langzaam aan nodig (koffiedrinken, logeren, etc)
- ☐ Afscheid nemen verwijzende instelling



#### Daadwerkelijke plaatsing

- ☐ Begeleider verwijzende instelling gaat mee, bij voorkeur samen reizen
- ☐ Andere hulpverleners in keten worden geïnformeerd (o.a. wijzigingen risicofactoren en risicomanagement)
- ☐ Begeleider verwijzende instelling heeft contact met team, cliënt en driegesprek
- ☐ Netwerk wordt betrokken



#### Contact houden na plaatsing

- ☐ Minimaal 1 telefonisch contact van verwijzer naar team en cliënt met aandacht voor risicofactoren en risicomanagement
- ☐ Bij voorkeur minimaal 1 fysiek bezoek aan cliënt (bij behoefte) en team
- ☐ Cliënten mogen altijd contact opnemen met verwijzende (oude) instelling
- ☐ Indien mogelijk en bij behoefte wordt door verwijzer ook contact gezocht met netwerk
- ☐ Verwijzende instelling informeert nieuwe instelling bij contact cliënt en/of netwerk
- ☐ Verwijzende instelling is beschikbaar voor contact/advies/nazorg door ontvangende instelling

