



**kwiteit
forensische
zorg**

2024

Knelpuntenanalyse

Bij informatie-uitwisseling en warme overdracht in de forensische zorg

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

Datum van publicatie: januari 2024

Colofon

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	2
2. Inleiding	4
3. Literatuurstudie	6
3.1 Informatie-uitwisseling	6
3.2 Overdracht.....	7
4. Methodebeschrijving	9
5. Resultatenbeschrijving	10
5.1. Bekendheid met producten en middelen	10
5.2. Zelf ontwikkelde checklists en knelpunten informatie-uitwisseling	10
5.2.1 Belang contactpersoon.....	11
5.3. Gemeenschappelijk taalgebruik en terminologie.....	11
5.4. Warme overdracht	12
5.5. Genoemde oplossingsrichtingen	13
6. Conclusie en voorstellen voor vervolg.....	14
7. Referenties	15
Bijlage 1.....	16
Topiclijst focusgroepen	16
Bijlage 2.....	17
Deelnemende instellingen vertegenwoordigd in klankbordgroep	17

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 zestien 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 settings 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* (Warm transfer) in which sixteen 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 warm 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 warm 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 warm 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 Veldzicht¹ 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);*
- 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 zestien instellingen die verschillende soorten forensische zorg leveren (klinisch en ambulante behandeling, 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 settingen 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.

¹ <https://www.inspectie-jenv.nl/actueel/nieuws/2023/10/19/ctp-veldzicht-moet-veiligheid-verbeteren-en-gespecialiseerde-plekken-nodig-voor-vreemdelingen-met-psychiatrische-problemen>.

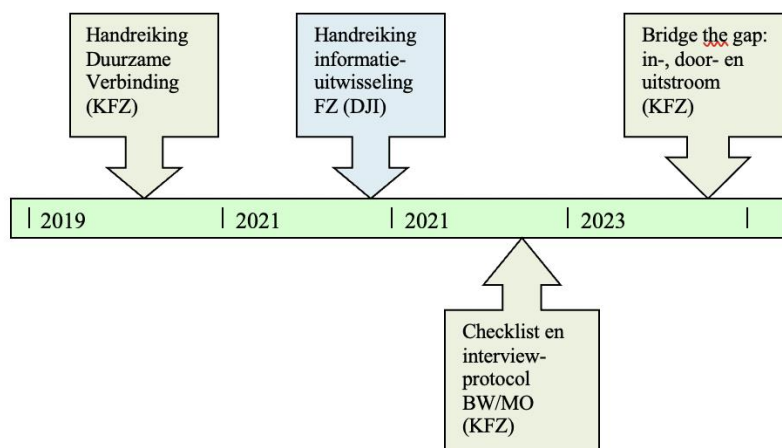
Voor deze knelpuntenanalyse is een literatuurstudie uitgevoerd, waarbij de conclusies van de KFZ precall [*Mind the Gap*](#) (De Vogel et al., 2019) als vertrekpunt zijn genomen voor verder literatuuronderzoek (zie "3. Literatuurstudie"). Op basis van het literatuuronderzoek en eerder geïdentificeerde 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 cliënten², 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 patiënten met een

² Wij gebruiken in dit rapport de term cliënt; waar cliënt staat kan echter ook patiënt of justitiabele worden gelezen.

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 Outhusden, 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 patiënten 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 doorstromingsnelheid van klinische forensisch psychiatrische patiënten 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 patiënten. 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 patiënt. Deze omvatten onder andere een risicomanagementplan (waarmee door de patiënt en het team gewerkt is), inzicht van de patiënt in zijn of haar problematiek, motivatie van de patiënt om samen te werken met alle professionals in zijn/haar casus en de status van het middelengebruik en de houding van de patiënt daaromtrent. De auteurs wijzen er echter in hun discussie op dat niet bij alle patiënten 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 gevangenen 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 patiënt 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 Bijlage 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 (%)
Functie	Sociotherapeut/sociotherapeutisch medewerker	1 (3.8%)
	Manager/leidinggevende over een behandelend team	1 (3.8%)
	Regiebehandelaar/behandelcoördinator	5 (19.2%)
	Reclasseringswerker	2 (7.7%)
	Plaatsingscoördinator	8 (10.8%)
	Forensisch ambulante begeleider	4 (15.4%)
	Anders (waaronder ervaringsdeskundige, trajectmanager, uitstroomcoördinator, etc.)	13 (50.0%)
Type organisatie	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	2 (7.7%)
	DForZo/DJI	1 (3.8%)
	PI/PPC	2 (7.7%)
	Niet-forensisch RIBW/MO	1 (3.8%)
	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 patiënten 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 patiënt 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 patiënten relevant. Zo wordt een voorbeeld gegeven van een patiënt 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 uitvraag 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.
- Penitenciaire termen: 'rapport krijgen' (zegt 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 uitspeelgedrag (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 waar ze een cliënt naartoe uitplaatsen, 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 patiënt, 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:

- 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 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, 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/10.1191/1478088706qp0630a>
- 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 (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.
- Vogel, de, V., Schaftenaar, P. & Broek, van den, E. (2020). Samenwerken in de forensische keten. De investering waard. *Proces*, (99), 3. doi: 10.5553/PROCES/016500762020099003003

Bijlage 1

Topiclijst focusgroepen

Informatie-uitwisseling

- ◇ Hoe wisselen jullie informatie uit tijdens/rondom overdracht van cliënten/patiënten, 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 patiënt?
 - 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 2

Deelnemende instellingen vertegenwoordigd in klankbordgroep

AFPN Groningen (ambulante behandeling)
Amarant (forensische thuisbegeleiding, lvb)
Arbe (ambulante dienstverlening)
Exodus (beschermd wonen)
Fivoor (ambulant behandelen en klinisch behandelen)
van der Hoevenkliniek (FPC)
Hvo/Querido (beschermd wonen)
Inforsa (FPK en HBIZ)
Leger des heils Den Haag (maatschappelijke opvang)
Leonard van der Kolk (ervaringsdeskundige ggz-WNB)
Pompekliniek (FPC & keten)
PPC Vught
de Rooyse Wissel (FPC, FPK, FHIC)
3RO
Stevig (FPA)
Zorg- en veiligheidshuis Utrecht