

INHOUD

INLEIDING

1. Doel
2. Doelgroep
3. Samenwerking met de justitieassistent (JA) of een andere verwijzer
 - 3.1. Samenwerking met de justitieassistent (JA)
 - 3.2. Samenwerking met een andere verwijzer
4. Gefaseerde aanpak

FASE 1: Referentiekader residentiële forensische categorale geestelijke gezondheidszorg

5. Toepassingsgebied
6. Doelstelling van forensische categorale GGZ
7. Kwaliteitscriteria
 - 7.1. In geval van een beknopt voorlichtingsrapport of maatschappelijke enquête (JA) of een adviesvraag van een verwijzer
 - 7.2. Zorgtraject
 - 7.2.1. Intake (voor beslissing opname)
 - 7.2.2. Observatie en diagnostiek
 - 7.2.3. Behandeling/begeleiding
 - 7.2.4. Doorstromingstraject
 - 7.2.5. Stopzetting behandeling
 - 7.3. Interne rechtspositie
 - 7.4. Familie/context
 - 7.5. Medewerkers
 - 7.6. Infrastructuur
 - 7.7. Intersectorale samenwerking, netwerken en partnerschappen

INLEIDING

1. Doel

Het referentiekader **forensische geestelijke gezondheidszorg** is een kader dat aanvullend is op de bestaande afspraken en regelgeving. De bestaande kwaliteitscriteria in de huidige wetgeving rond gezondheidszorg en binnen andere referentiekaders blijven ook van toepassing binnen de forensische GGZ.

Dit referentiekader probeert de eigenheid van de forensische sector te omvatten. We willen op korte termijn een referentiekader creëren om **de kwaliteit van de forensische zorg** op lange termijn te verhogen. Dit kader kan specifieke afwijkingen op de kwaliteitskaders, die van toepassing zijn, mogelijk maken en legt daarnaast zijn eigen nadrukken op bepaalde kwaliteitseisen.

2. Doelgroep

Alle personen die **strafbare feiten** gepleegd hebben of hiervan verdacht worden, die opgevolgd worden door een **justitiële instantie** en binnen dit kader **een behandeling of begeleiding dienen te volgen**. Dit neemt niet weg dat ook ander cliënteel in een forensische setting kan behandeld worden, maar zij worden niet gezien als forensische cliënten.

Dit referentiekader is enkel van toepassing op de gezondheidszorg. Een aantal instellingen worden (nog) niet opgenomen in dit referentiekader, zoals bv. een VAPH-instelling. Daarnaast behoort de doelgroep kinderen en jongeren ook niet tot de scope van dit referentiekader.

3. Samenwerking met de justitieassistent (JA)¹ of een andere verwijzer

Binnen de **forensische geestelijke gezondheidszorg** is een goede samenwerking tussen het hulpverleningstraject en het justitiële toezicht een noodzakelijke voorwaarde. In het belang van de patiënt moeten beide trajecten elkaar zoveel mogelijk ondersteunen en wederzijds versterken. Binnen deze samenwerking werkt elke partij vanuit zijn eigen rol en met respect voor ieders finaliteit.

3.1. Samenwerking met de justitieassistent (JA)

Specifieke taken van de justitieassistent:

- In de triade cliënt – hulpverlening – justitie vervult de justitieassistent een brugfunctie tussen de hulpverlening en justitie.
- De justitieassistent adviseert de gerechtelijke of administratieve overheid via een **beknopt voorlichtingsrapport of maatschappelijke enquête** over de mogelijke invulling en haalbaarheid van justitiële voorwaarden.
- De justitieassistent begeleidt de cliënt bij de naleving van de justitiële voorwaarden en rapporteert hierover aan de gerechtelijke overheid.
- Indien de hulpverlening is opgenomen in een justitiële voorwaarde, moet de justitieassistent de gerechtelijke overheid informeren over het **verloop van dat hulpverleningstraject**.

Verwachting ten opzichte van de hulpverlening:

¹ De samenwerking met de justitieassistent is enkel van toepassing indien een justitieassistent betrokken partij is. Zo is er vb. geen begeleiding door een JA voor geplaatste geïnterneerden.

- De hulpverlening moet wettelijk² gezien **minimale informatie** (of opvolgingsverslag, zie 7.2.3) delen over het verloop van de begeleiding of de behandeling. Het delen van deze informatie is gezien het wettelijk kader geen schending van het beroepsgeheim.

3.2. Samenwerking met een andere verwijzer

Wanneer er geen justitieassistent betrokken is, kan de psychosociale dienst van de gevangenis (PSD) of het parket optreden als verwijzer. Naast de doorverwijzing, is wederzijdse informatie-uitwisseling essentieel en dit zowel met het oog op een aanmelding (PSD/parket) als in het kader van incidenten en (tijdelijke) verwijdering (parket).

4. Gefaseerde aanpak

Het referentiekader wordt uitgewerkt in een aantal fases. Een forensische cliënt kan zich in verschillende voorzieningen of afdelingen bevinden. Elke fase probeert de eigenheid van de specifieke setting en de aangeboden zorg te vatten.

3 verschillende fases:

- Residentieel categoriaal
- Ambulant/mobiel categoriaal
- Residentiële en ambulante/mobiele reguliere zorg voor forensische patiënten

Initieel ligt de focus binnen dit referentiekader op de residentiële categorale setting. In een tweede fase zullen de ambulante categorale setting en de mobiele teams verder uitgewerkt worden. In een derde fase komt de reguliere zorg voor forensische cliënten aan bod.

² Artikel 216 ter, §2 van het Wetboek van Strafvordering, artikel 62, §4, van de wet Externe Rechtspositie, artikel 57, §5, van de Interneringswet, artikel 9bis van de Probatiewet, artikel 35, §6, van de wet Voorlopige Hechtenis en artikel 9 van het samenwerkingsakkoord inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik. Nieuwe wetgevende initiatieven kunnen dit ook voorzien in andere wettelijke kaders.

FASE 1: Referentiekader residentiële forensische categorale geestelijke gezondheidszorg

5. Toepassingsgebied

Forensische categorale geestelijke gezondheidszorg is de zorg voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen, die gelinkt is aan het plegen van strafbare feiten, waarbij kwaliteitsvolle zorg geboden wordt, die primair gericht is op het verminderen van het delict-risico (recidive beperking) door het beperken van de risicofactoren en het bevorderen van de beschermende factoren, waarbij er ook aandacht moet zijn voor eventuele slachtoffers en omgeving.

Dit referentiekader geldt voor alle residentiële categorale voorzieningen of afdelingen. De subsidiërende overheid kan beslissen om het referentiekader ook toe te passen op gesubsidieerde projecten voor deze doelgroep.

6. Doelstelling van forensische categorale GGZ

Elke persoon heeft recht op kwaliteitsvolle gezondheidszorg. Specifiek aan de forensische categorale geestelijke gezondheidszorg is de triade patiënt – justitie – hulpverlening, met als primair doel recidive-beperking.

Het risico op delict-recidive kan beperkt worden door middel van het aanbieden van de nodige zorg binnen een context op maat van de zorg- en beveiligingsnoden van de patiënt. Het zorgaanbod is hierbij afgestemd op de zorgnood van elke patiënt, met aandacht voor eventuele slachtoffers en omgeving.

7. Kwaliteitscriteria

7.1. In geval van een beknopt voorlichtingsrapport of maatschappelijke enquête (JA) of een adviesvraag van een verwijzer

De voorziening geeft schriftelijk aan of een aangepaste begeleiding of behandeling in het kader van de beoogde voorwaarden al dan niet overwogen kan worden. Als dit niet geboden kan worden binnen de eigen voorziening, geeft de voorziening een advies voor een mogelijk alternatief binnen het eigen of een ander netwerk internering/netwerk GGZ. De voorziening informeert de betrokken verwijzer binnen de termijn dat hij/zij het advies in voorkomend geval moet overmaken aan de gerechtelijke overheid.

7.2. Zorgtraject

7.2.1. Intake (voor beslissing opname)

Geldig voor zo ver geen opnameplicht:

- De ontvangende instantie gaat na of er een screening uitgevoerd is en ondersteunt hierin waar nodig. In de screening wordt aandacht besteed aan de bescherming van de maatschappij en het beveiligingsniveau.
- Indien aangewezen inreach/voortraject binnen de setting waar patiënt verblijft bij aanmelding, waarbij gewerkt wordt aan de motivatie van de patiënt.
- De voorziening geeft schriftelijk aan de JA, de bevoegde justitiële instantie of een andere bevoegde verwijzer aan of een aangepaste begeleiding of behandeling in het kader van de justitiële voorwaarden al dan niet aanvaard wordt.
- Indien deze niet aanvaard wordt informeert de voorziening de JA, de bevoegde justitiële instantie of een andere bevoegde verwijzer schriftelijk over de reden van de beslissing.

- De voorziening geeft daarbij een advies voor een mogelijk alternatief binnen het eigen of een ander netwerk internering/netwerk GGZ. Tenzij een alternatief binnen de hulpverlening niet aangewezen of tegenaangewezen is.

7.2.2. Observatie en diagnostiek

- (JA): Indien een begeleiding of behandeling start werkt de hulpverlening mee aan het opstellen van een **prestatieverbintenis**³ tussen voorziening, justitieassistent en patiënt (JA neemt hiertoe initiatief).
- (JA): Indien een begeleiding of behandeling start gaat de hulpverlening in op de vraag van de justitieassistent om deel te nemen aan een **driehoeksoverleg**⁴ (met patiënt en justitieassistent). Indien de hulpverlening niet ingaat op de uitnodiging van de justitieassistent wordt dit gemotiveerd aan de justitieassistent.
- Inschatting bij start opname/behandeling van criminogene behandelfactoren, rekening houdende met het voortraject en de beschikbare informatie
- Contextuele screening (nagaan sterktes/zwaktes binnen netwerk patiënt, waar mogelijk al in gesprek gaan met familie/context), waarbij rekening gehouden wordt met de gepleegde feiten
- Multidisciplinaire bespreking met minimaal 1 forensisch expert
Aanbeveling: altijd aanwezigheid van een forensisch psychiater en bijkomend een criminoloog of forensisch psycholoog/orthopedagoog⁵
- Gebruik van aangepaste wetenschappelijke diagnostische instrumenten, gevalideerd voor de forensische populatie (vb. agressiebeheersingsinstrumenten, symptoomvaliditeitstesten (SVT))
- Risicotaxatie is een essentieel onderdeel binnen de behandeling en start al tijdens de observatiefase en de diagnostiekstelling. In 7.2.3. wordt hier dieper op ingegaan.

7.2.3. Behandeling/begeleiding

Risicotaxatie gaat over de inschatting van de kans op recidive en neemt een centrale plaats in binnen een forensische categorale GGZ behandeling. Daarnaast is ook een **delict-analyse** cruciaal.

- Gebruik van bestaande wetenschappelijke taxatie-instrumenten door personen die opgeleid zijn voor het gebruik van zo'n instrumenten
- Op regelmatige basis wordt getest en opgevolgd en dit start al bij het begin van elk zorgtraject. Regelmatige her-scoring en evaluatie (minimaal bij elk kantelpunt in het behandeltraject én minimum 1x per jaar)

³ De prestatieverbintenis is een schriftelijke overeenkomst die voor de start van de behandeling of begeleiding, ondertekend wordt door de hulpverlening, de justitieassistent en de patiënt. Hierin wordt op patiëntniveau ieders verantwoordelijkheid (rol) en de informatie-uitwisseling tussen de betrokken partijen transparant en duidelijk vastgelegd. De justitieassistent is verantwoordelijk voor het opstellen van de prestatieverbintenis en nodigt de patiënt en de hulpverlening uit om de overeenkomst te ondertekenen.

⁴ Het driehoeksoverleg is een overleg tussen de patiënt, de hulpverlening en de justitieassistent over aspecten van de patiëntsituatie en de behandeling of begeleiding. Het driehoeksoverleg biedt de mogelijkheid om ieders rol en verantwoordelijkheden te verhelderen en afspraken te maken over informatie-uitwisseling

⁵ Enkel van toepassing van zodra deze opleiding wordt aangeboden in België

- Identificatie van statische en dynamische risicofactoren en beschermende factoren
- In kaart brengen van de (psycho)pathologie (criteria die bepalen welke problematiek als primair wordt omschreven en welke als secundair in relatie tot recidivebeperking)
- Inschaling veiligheidsrisico, gekoppeld aan het maken van duidelijke afspraken met de patiënt over het te volgen behandeltraject (huis- en leefregels, mogelijkheden tot doorstroming, gebruik van medicatie, preventiemaatregelen,...)
- Opstellen (vroeg)signaleringsplan, in samenspraak met de patiënt, met specifieke aandacht voor recidivebeperking of een specifiek forensisch vroegsignaleringsplan
- Aanbeveling: toepassing van groepsmethodieken (zoals vb. opstellen van groepssignaleringsplannen)
- Risicobeheer prioritair binnen het netwerk (time-out, crisisbedden)
- Alcohol en drugsscreening
- Systematisch en methodisch analyseren van ernstige incidenten en terugkoppeling naar en opvang van patiënt

Naast risicotaxatie is ook **risicomanagement** een essentieel onderdeel in de behandeling of begeleiding, met als belangrijkste doel het **recidiverisico te verminderen** en de behandeluitkomsten te verbeteren. Beide aspecten moeten uitgebreid worden opgenomen en uitgewerkt in het **behandelplan**.

De geboden zorg moet steeds in functie staan van risicoreductie door in te zetten op **criminogene noden**. Hierbij is de behandeling van de GGZ problematiek een middel om enerzijds aan risicoreductie te doen, maar anderzijds ook om de maatschappelijke integratie te bevorderen. De hulpverlener heeft daardoor binnen de forensische GGZ een hybride rol (normerende behandelacties/rapportering aan justitiële instanties/JA én zorg aanbieden).

- (JA): De hulpverlening bezorgt een **opvolgingsverslag** aan de justitieassistent met daarin volgende elementen (zoals wettelijk voorgeschreven):
 - daadwerkelijke aanwezigheden van de patiënt op de gemaakte afspraken
 - afwezigheden van de patiënt die niet gerechtvaardigd zijn
 - eenzijdige stopzetting van de begeleiding, omkadering of behandeling door de patiënt
 - moeilijkheden die gerezen zijn bij de uitvoering van de begeleiding of de behandeling
 - situaties die een ernstig risico inhouden voor derden
- (JA): Op vraag van de justitieassistent neemt de hulpverlening deel aan een **driehoeksoverleg** (met JA en patiënt). Indien de hulpverlening niet ingaat op de uitnodiging van de justitieassistent wordt dit gemotiveerd aan de justitieassistent.

Binnen elke **behandeling** zijn een aantal aspecten cruciaal:

- Het geplande zorgtraject van de patiënten is realistisch en zoekt een evenwicht tussen enerzijds de noden en wensen van de patiënt en anderzijds de noden en wensen van de maatschappij en/of het slachtoffer. Het zorgplan identificeert actoren die de patiënt nodig heeft om zijn weg te vinden naar de maatschappij, tijdens of als volgende stap in het zorgtraject.
- Bijkomende expertise rond risicotaxatie en -management
- Aan patiënten wordt een forensisch evidence-based behandelkader aangeboden (indien beschikbaar).
Gebruik van wetenschappelijk onderbouwde modellen (zoals bv. Good Lives Model, Ward et al. 2011; Risk-Need-Responsivity Model, Andrews & Bonta, 2006;...)
Gebruik van een specifiek wetenschappelijk onderbouwd instrumentarium (zoals bv. delictketen, vroegsignaleringsplan,...).
- Forensische herstelgerichte benadering
- Structuur en grenzen bieden (opbouwen van vaardigheden, waar in een beveiligde omgeving ruimte gelaten wordt voor inoefenen en falen)
- Contextueel werken (met aandacht voor risicogedrag) + aandacht voor eventuele slachtoffers (schadebeperking)
- Behandeling binnen een aangepast beveiligingsniveau (materieel, procedureel en relationeel)
- Deelname onderzoek forensische geestelijke gezondheidszorg (sectoraal of intersectoraal)
- Meewerken aan de ontwikkeling en wetenschappelijke onderbouw van het ondersteuningsaanbod en methodieken
- Motivatie-bevorderend en aanklampend werken
- Bijzondere aandacht voor de continue opeenvolging van behandelmodules binnen de eigen voorziening

Vermindering van het recidiverisico is het uiteindelijke doel van elke behandeling:

- Uitgeschreven, wetenschappelijk onderbouwde visie op het verminderen van risicogedrag en het bevorderen van beschermende factoren, waarbij behandelintegriteit voorop staat
- Met een individuele vertaling van deze visie in de behandelplannen van elke patiënt (zoals bv. een behandelplanstructuur)
- De patiënt pro-actief signalen leren herkennen (toepassen vroegsignaleringsplan)
- Delictanalyse als verplicht onderdeel van het behandeltraject
- Hervalpreventie-traject is een fundamenteel aspect binnen de behandeling, met als doel de beschermende factoren zodanig te ontwikkelen dat de controlerende factoren kunnen worden afgebouwd.
- Streven naar versterkt vertrouwen en verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf leggen om vroegsignalering te herkennen en herval te vermijden.
- Creëren van individuele samenwerkingsverbanden via het betrekken van partners, rekening houdend met het gerechtelijk kader en de justitiële instantie, op het vlak van wonen, werk, dagbesteding, onderwijs,... (in functie van de re-integratie van de patiënt, rekening houdend met aanwezige risicofactoren)

- Creëren van structurele samenwerkingsverbanden minimaal op het vlak van wonen, werk, dagbesteding, onderwijs,...
- (JA): In geval de begeleiding of behandeling vroegtijdig dreigt te stoppen:
 - De hulpverlening informeert de justitieassistent als een stopzetting van de behandeling of begeleiding wordt overwogen.
 - Aanbeveling: de hulpverlening vraagt aan de justitieassistent om een driehoeksoverleg te organiseren om de achterliggende reden(en) te bespreken en zo mogelijk afspraken te maken die een verderzetting van de behandeling of begeleiding binnen de eigen of een andere voorziening mogelijk kunnen maken.
 - De hulpverlening neemt op vraag van de justitieassistent deel aan een driehoeksoverleg met patiënt en justitieassistent of motiveert waarom hij niet deelneemt.

7.2.4. Doorstromingstraject

- Netwerkgedachte:
 - Uitgeschreven visie op te realiseren doorstroom met opname van criteria voor patiënten waar op middellange termijn geen doorstroom mogelijk is (longstay/longcare) (zowel evaluatie van recidive-risico als evaluatie van behandeluitkomsten).
 - Mogelijkheid tot outreach
 - Indien nodig mogelijkheid tot heropname en/of afspraken omtrent crisis- en time-out opname
 - ...
- De doorverwijzende instantie gaat in gesprek met andere voorzieningen of afdelingen (informatieverzameling + afstemming)
- De doorverwijzende instantie voert een screening uit met oog op behandeling binnen de juiste setting(s) (binnen het netwerk)
- De doorverwijzende instantie maakt een inschatting van de veiligheidsbehoefte en een inschatting van de nood aan forensische categorale zorg
- De doorverwijzende instantie geeft het dossier van de patiënt door voor de intake, minimaal met aanvulling van:
 - Risico-taxatie (overzicht van risico- en beschermende factoren en plan van risicomangement)
 - (Vroeg)signaleringsplan
- Er moet een beleid zijn, waarin wordt opgenomen welke informatie met wie gedeeld wordt binnen de eigen voorziening
- Altijd in samenspraak met de patiënt, anders argumentatie nodig
- Aanbeveling: geüniformiseerd ontslagdocument
- Minimaal: 1x overleg met de verwijzende en ontvangende voorziening samen met de patiënt (aanbeveling: inclusief context van de patiënt)
- Aanbeveling: casusbespreking binnen een netwerk internering of GGZ voor problematische doorstromingstrajecten

7.2.5. Stopzetting behandeling

De mogelijkheid bestaat om een behandeling stop te zetten. De stopzetting van het verblijf van de patiënt kan enkel in overleg met de justitiële instanties overeenkomstig het toepasselijk wettelijk kader en met het oog op het waarborgen van continuïteit en veiligheid.

- (JA): in geval de begeleiding of behandeling vroegtijdig stopt:
 - De hulpverlening informeert de justitieassistent schriftelijk over de reden van de beslissing en geeft hierbij een advies voor een alternatief binnen het eigen of een ander netwerk internering/netwerk GGZ. Tenzij een alternatief binnen de hulpverlening niet aangewezen of tegenaangewezen is.
 - Op vraag van de justitieassistent neemt de hulpverlening deel aan een driehoeksoverleg met patiënt en justitieassistent of motiveert waarom hij niet deelneemt.

7.3. Interne rechtspositie

De patiëntenrechten, die werden vastgelegd in de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, moeten gerespecteerd worden, ook in de forensische zorg. In sommige residentiële categorale voorzieningen is dit niet steeds evident, o.a. omwille van het bestaande spanningsveld met de justitiële voorwaarden en gevolgen.

We bereiden een wettelijk initiatief voor waarin de interne rechtspositieregeling met o.a. een beleid met betrekking tot seksualiteitsbeleving, specifiek binnen een forensische setting, zal uitgeschreven worden.

7.4. Familie/context

Het betrekken van familie en de ruimere context is in de forensische zorg essentieel, en dit tijdens het volledige behandeltraject, maar zeker ook in het kader van de resocialisatie van de patiënt. Momenteel is het echter nog te vroeg om specifieke forensische bepalingen op te nemen in dit referentiekader omdat er vanuit de Vlaamse overheid, in samenwerking met het Familieplatform en het Steunpunt WVG, gewerkt wordt aan de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor het betrekken van de context in de geestelijke gezondheidszorg. Deze MDR is bedoeld voor de gehele Vlaamse geestelijke gezondheidssector en dit voor zowel kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen. Pas na de ontwikkeling van deze richtlijn kan er nagegaan worden of er binnen de forensische zorg aanvullingen/aanpassingen nodig zijn.

7.5. Medewerkers

- De normen qua personeelsbezetting moeten minimaal worden opgevolgd
- Multidisciplinair team met diverse expertises (minimaal: forensisch psychiater, criminoloog, psycholoog, verpleegkundigen, sociaal assistent, therapeutische medewerkers, zoals bv. een ergotherapeut)

- (Verhoogde) intervisiemogelijkheden (aanbeveling: om de 6 weken en bijkomend op vraag)
- Systematische VTO en coaching, waarbij aandacht uitgaat naar forensische theorieën, risicotaxatie en -management, agressiebeheersing (aanbeveling: jaarlijks), de positie van de hulpverlener tegenover verplichte hulpverlening (in het kader van een justitiële voorwaarde) en gericht op het investeren in therapeutische relatie met de specifieke doelgroep (cf. missie, visie, ondersteuningsaanbod,...)
- Uitgeschreven visie op veiligheids- en preventiemaatregelen
 - Aanwezigheid medewerkers in functie van veiligheid
 - Preventief beleid m.b.t. grensoverschrijdend gedrag
 - Interventiemogelijkheden
 - Afzonderingstechnieken en materiaal
- Aanbeveling: Aangepaste procedure voor opvang van hulpverleners bij (potentieel) traumatische gebeurtenissen met aandacht voor secundaire traumatisering

7.6. Infrastructuur

- De infrastructuur moet aangepast zijn aan de toekomstige uitwerking van de rechtspositieregeling⁶
- Gesloten, halfopen of open units, met mogelijkheid voor gefaseerde vrijheden
 - (Gecontroleerde) buitenruimte
 - Afspraken en procedures i.k.v. patiënten en bezoekers
- Aanbeveling: Individuele kamers of studio's
- Gemeenschappelijke woonruimtes
- Ruimte/atelier dagondersteuning
- Therapeutische ruimtes
- Ruimtes i.k.v. preventie en/of incidenten
- Specifieke aandacht dat bezoek in een veilige omgeving kan gebeuren, zeker wanneer kinderen/minderjarigen op bezoek komen
- Bij de inrichting van elke ruimte wordt rekening gehouden met o.a. het vermijden van agressie-feiten

7.7. Intersectorale samenwerking

Elke betrokken partner engageert zich voor een intersectorale samenwerking in functie van forensische trajecten:

- Rechterlijke instanties (SURB,...)
- Justitiehuizen
- Gevangenis (PSD, zorgteam,...)
- GGZ (zowel ambulant/mobiel als residentieel)
- Actieve participatie aan het betrokken intersectoraal forensisch netwerk
- Samenwerking met andere reguliere sectoren

⁶ Het hebben van een beleid met betrekking tot seksualiteitsbeleving en een beleid gericht op een positief leefklimaat en het vermijden van agressie-feiten is essentieel.

Doelstellingen samenwerking

- Afspraken rond verwijzing
- Casusbesprekingen
- Continuïteit van zorg nastreven
- In- en uitstroom van patiënten gezamenlijk organiseren

Het referentiekader, zoals hierboven wordt beschreven, is nog niet volledig. Fase 1 werd grotendeels afgerond, maar bepaalde kwaliteitseisen zijn nog onvoldoende uitgewerkt of geconcretiseerd. Dit traject zal verder worden opgenomen in 2019, met o.a. een internationale literatuurstudie, een werkgroep die zich zal buigen over de interne rechtspositieregeling, de patiëntenrechten en vrijheidsbeperkende/vrijheidsberovende maatregelen en een uitwerking van familie/context na de ontwikkeling van de MDR.