

Kwaliteitskader Indicatiestelling Forensische Zorg

Opdrachtgever

Het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP).

Auteurs

Jurgen Vos & Heleen van der Zee (Q-Consult Zorg).

Projectteam

Kim Ehricht (PMO), Jan Liewwma (namens 3RO), Steef te Lindert (NIFP), Fred Oudenbroek (NIFP), Anne Philipsen (Ministerie van Justitie en Veiligheid), Janneke van 't Riet (DJI), Ilonka Verkade (namens 3RO), Marie-Louise Welten (namens 3RO), Ennie Wolters (NIFP).

Datum : 20 maart 2024

Status : Definitief

Versie : 1.0

Voorwoord

Voor je ligt het Kwaliteitskader Indicatiestelling Forensische Zorg (KKIFZ). In de afgelopen jaren zijn meerdere initiatieven ontwikkeld om kwalitatief hoogwaardige Forensische Zorg te kunnen blijven bieden. Zo is met ingang van 1 oktober 2022 het Kwaliteitskader Forensische Zorg opgenomen in het openbaar register van het ZiNL.

Met het KKIFZ beschrijven we een standaard van de kwaliteit van de indicatiestelling en versterken we het principe van continu verbeteren. Daarnaast bevordert het KKIFZ dat de indicatiestelling datgene bevat wat gebruikers nodig hebben. In het geval van de plaatser om te kunnen plaatsen en voor de zorgaanbieder om in te schatten of de gevraagde zorg en, bij klinische zorg beveiliging, geboden kan worden. De standaarden zijn beschreven vanaf pagina 8 in de vier dragers.

Het KKIFZ is ontwikkeld in een gezamenlijk proces met vertegenwoordigers van beleid en uitvoering vanuit het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP), de drie reclasseringsorganisaties (3RO) en het Psycho Medisch overleg (PMO). In de loop van het proces zijn ketenpartners geconsulteerd en gevraagd naar hun visie op het KKIFZ. Deze afstemming heeft uiteindelijk geleid tot dit kader.

In het hoofdstuk invoering en onderhoud is uitgewerkt hoe de indicerende partijen actief met het Kwaliteitskader aan de slag gaan en hoe zij de afstemming met elkaar vormgeven.

Ondertekenaars van het KKIFZ

Namens alle partijen vertegenwoordigd in de stuurgroep Kwaliteitskader Indicatiestelling Forensische Zorg.

Het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP)

Agaath Cleyndert, algemeen directeur Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP)



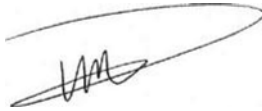
De drie reclasseringsorganisaties (3RO)

Saskia Capello, directeur Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG)



Het Psycho Medisch overleg (PMO)

Toon Molleman, plaatsvervangend divisiedirecteur Gevangeniswezen en Vreemdelingenbewaring, Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)



Het Ministerie van Justitie en Veiligheid

Wouter Dronkers, plaatsvervangend directeur Sanctie en Slachtofferbeleid, hoofd forensische zorg



26 april 2020

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
2. Opbouw en leeswijzer Kwaliteitskader Indicatiestelling Forensische Zorg	12
3. Eerste drager: een goede indicatiestelling	13
4. Tweede drager: een inzichtelijk indicatiestellingsproces.....	15
5. Derde drager: een professioneel indicatiesteller	17
6. Vierde drager: ondersteunende indicerende partijen	19
7. Invoering en onderhoud	21
Bijlage 1: proces van indicatiestelling in Nederland	22
Bijlage 2. Uitleg over het type informatie bij punt 3.4 (drager 1)	24
Bijlage 3. Afkortingen en begrippen.....	25

1. Inleiding

1.1 Achtergrond zorgstelsel en indicatiestelling Forensische Zorg

Forensische Zorg is zorg specifiek gericht op het voorkomen van recidive als onderdeel van een (voorwaardelijke) straf of maatregel, gericht op personen met een psychische/psychiatrische stoornis, verslavingsproblematiek, een verstandelijke beperking of een combinatie daarvan. Forensische Zorg wordt meestal door de rechter opgelegd als onderdeel van een straf en/of maatregel aan iemand die een strafbaar feit heeft gepleegd. Daarnaast kan Forensische Zorg worden ingezet na signalering van de behoefte aan Forensische Zorg tijdens detentie.

Het proces van de onafhankelijke indicatiestelling speelt in het stelsel van de Forensische Zorg een belangrijke rol. De indicatiestelling voor Forensische Zorg is het proces van beoordeling van de gewenste zorgbehoefte¹ en het noodzakelijke beveiligingsniveau (bij klinische zorg), dan wel het aangewezen zorgzwaartepakket (bij verblijfszorg) in een strafrechtelijk kader. De indicatiestelling vindt onafhankelijk van het zorgaanbod en de zorginkoop plaats. Het gaat om de objectieve bepaling van passende én gepaste zorg. Daarmee heeft de indicatiestelling als functie om richting te geven aan het toewijzen van passende behandeling en begeleiding aan personen binnen justitiële systemen.

Zorg en Beveiliging

De indicatiestelling voor Forensische Zorg heeft tot doel om op onafhankelijke en objectieve wijze:

- a) de zorgbehoefte te bepalen van de patiënt/cliënt, waaronder de mate van behandeling en begeleiding die de betrokkene nodig heeft;
- b) de passende verblijfsintensiteit en/of het noodzakelijke beveiligingsniveau te bepalen.

De indicatiestelling is gericht op de verschillende zorgvormen die de patiënt/cliënt nodig kan hebben, welke zijn:

- Klinische zorg (beveiligingsniveau 1 t/m 4); opname in een kliniek met behandeling.
- Verblijfszorg; beschermd wonen met begeleiding en ondersteuning.
- Ambulante zorg; op vaste momenten wordt behandeling, begeleiding en/of dagbesteding geboden.

Indicerende partijen

De uitvoerende taak van de indicatiestelling is binnen de Forensische Zorg bij drie partijen belegd: het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP), de drie reclasseringsorganisaties (3RO) en het Psycho Medisch overleg (PMO) binnen het gevangeniswezen. Deze partijen hebben ieder een eigen taak, daarbij horende processen en kwaliteitsbeleid t.a.v. indicatiestelling.

De drie organisaties; Reclassering Nederland (RN), Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) en Leger des Heils Jeugdbescherming & Reclassering, maken deel uit van het 3RO samenwerkingsverband².

De werkwijze van de indicerende partijen is verder toegelicht in bijlage 1.

¹ De zorgbehoefte in de Forensische Zorg verwijst naar de specifieke behoeften van een justitiabele als onderdeel van een (voorwaardelijke) straf of maatregel, waarbij de nadruk ligt op de complexe combinatie van behandeling, begeleiding en veiligheidsmaatregelen. Het betreft vaak de noodzaak van gespecialiseerde zorg gericht op het beheren van risico's, behandelen van psychische aandoeningen en het faciliteren van een succesvolle re-integratie in de samenleving.

² De toewijzing van cliënten aan één van die organisaties wordt gedaan op basis van de zorgbehoefte van de cliënt. SVG neemt cliënten aan wanneer er sprake is van problematisch gedrag in relatie tot verslaving. Het Leger des Heils reclassering biedt hulp aan dak- en thuislozen. Voor andere cliënten is Reclassering Nederland geschikt.

1.2. Het Kwaliteitskader indicatiestelling Forensische Zorg

De ontwikkeling van het KKIFZ is een belangrijke stap voor het NIFP, 3RO en PMO. Om de kwaliteit van de indicatiestelling te borgen heeft iedere partij eigen kwaliteitsbeleid. Tegelijkertijd kenmerkt het proces van indicatiestelling zich door een nauwe samenwerking tussen de verschillende partijen. De indicerende partijen delen allen het algemene doel: het borgen van de grondige beoordeling van de specifieke zorgbehoefte en, in het geval van klinische zorg, de beveiligingsnoodzaak van justitiabelen.

Doelstelling van het Kwaliteitskader Indicatiestelling Forensische Zorg

Het Kwaliteitskader functioneert als een paraplu. De hoofddoelstelling van dit Kwaliteitskader is het normatief beschrijven en daarmee bestendigen van wat belangrijk en noodzakelijk is om de kwaliteit van de indicatiestelling te borgen.

Aanpalende doelstellingen

Naast de beschreven hoofddoelstelling kent het KKIFZ de volgende aanpalende doelen:

- Het creëren van transparantie. Transparantie is van cruciaal belang om inzicht te geven in de manier waarop overwegingen tot stand komen en hoe een uitkomst wordt onderbouwd. Door inzicht te verschaffen in het indicatiestellingsproces, kan een beter begrip ontstaan over de zorgvuldigheid die gepaard gaat met het bepalen van de passende en gepaste Forensische Zorg voor elke individuele justitiabele.
- Het bevorderen van gezamenlijk leren en een constructieve dialoog. Het kader biedt houvast om elkaar op medewerkers- en op organisatieniveau te bevragen. Daarbij kan men met elkaar onderzoeken of men nog steeds het goede aan het doen is ten behoeve van het bieden van volledige, juiste en tijdige indicatiestelling. Dit gezamenlijke leren stimuleert een voortdurende kwaliteitsverbetering van de indicatiestelling. Een constructieve dialoog is belangrijk om de kwaliteit van de indicatiestelling en de eigenstandige positie ervan binnen het stelsel te bewaren en waar mogelijk te verbeteren.

1.2 Scope

De scope van dit Kwaliteitskader betreft het gehele proces van het verzamelen en vastleggen van informatie, het komen tot een beoordeling van de zorgbehoefte en, in het geval van klinische zorg, om het beveiligingsniveau vast te stellen. Daarbij is als onderdeel van het proces ook de aanvraag vanuit het PMO en 3RO bij het NIFP meegenomen in de scope van het onderzoek: de aanvrager doet een verzoek om een indicatiestelling aan het NIFP.

Het indienen (door op te slaan in het systeem) van een plaatsingsverzoek binnen het Informatiesysteem Forensische Zorg (Ifzo) is het eind van het indicatiestellingsproces³. Plaatsing valt buiten de scope van de indicatiestelling en daarmee ook buiten de scope van het KKIFZ⁴.

1.4 Uitgangspunten

Bij het opstellen van dit Kwaliteitskader is met de onderstaande uitgangspunten rekening gehouden.

Het Kwaliteitskader is in lijn met het 'nieuwe' kwaliteitsdenken

Het denken over kwaliteit is in ontwikkeling. Waar in afgelopen decennia de focus vooral lag op standaardiseren, objectiveren, normeren en het werken met indicatoren, vindt een verschuiving plaats naar persoonsgerichte zorg en maatwerk in combinatie met reflectie. Binnen persoonsgerichte zorg zijn wensen en behoeften van de patiënt/cliënt leidend, en het pad dat volgt is daarop afgestemd.

Wanneer we dit vertalen naar de Forensische Zorg, geldt dat het gaat om het creëren van de balans tussen (maatschappelijke) veiligheid en persoonsgerichte zorg, waarbij de zorg primair is gericht op het reduceren van het recidiverisico. Een goede indicatiestelling is een actuele

³ Het Informatiesysteem Forensische Zorg (Ifzo) ondersteunt het totale proces van Forensische Zorg; van het invoeren van een indicatiestelling tot en met plaatsing bij een gecontracteerde zorginstelling die beschikt over een passend zorgaanbod. De indicerende partijen maakt in Ifzo de indicatiestelling aan met een indicatiestellingformat. De plaatser kan vervolgens door Ifzo de meest geschikte zorgplek voor de patiënt vinden bij een gecontracteerde zorgaanbieder.

⁴ De feedback op de indicatiestelling na plaatsing is overigens wel relevant om de kwaliteit van de indicatiestelling te kunnen toetsen. In drager 4 wordt hier verder op ingegaan.

en heldere weergave van de benodigde Forensische Zorg, gericht op gedragsverandering gericht op recidivevermindering. De professionals waar dit Kwaliteitskader zich op richt zijn de indicatiestellers en alle andere betrokkenen bij het proces van indiceren en de reflectie daarop. Binnen het nieuwe kwaliteitsdenken wordt de nadruk gelegd op het reflecteren, leren, verbeteren en innoveren van werkprocessen en dat dit continue leren wordt ondersteund vanuit de organisatie.

Landelijke visie Forensische Zorg⁵

De landelijke visie Forensische Zorg bestaat uit een drietal kernelementen: bescherming, perspectief en evenwicht. Het KKIFZ ligt in lijn met de landelijke visie Forensische Zorg en vult deze aan op het proces van indicatiestelling.

Wet- en regelgeving is voorliggend aan het Kwaliteitskader

De partijen die binnen de Forensische Zorg verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling hebben te maken met veel verschillende soorten wet- en regelgeving. Er is voor gekozen om in dit Kwaliteitskader niet alle wet- en regelgeving op te sommen of daarnaar te verwijzen. De reden hiervoor is dat de opsomming erg omvangrijk zou zijn wat de leesbaarheid zou belemmeren. Een belangrijk uitgangspunt is dat wet- en regelgeving altijd voorliggend is aan het Kwaliteitskader.⁶

Ondersteunende infrastructuur

Om tot goede kwaliteit van indicatiestelling te komen is het essentieel dat informatie juist, volledig en tijdig wordt overgedragen. Indicatiestellers, plaatsers en zorgaanbieders wisselen informatie uit t.a.v. indicatiestelling in één gedeeld systeem, namelijk Ifzo. Voor allen is het van belang dat systemen goed op elkaar ingericht zijn en waar nodig verder ontwikkeld worden. Er ligt een opdracht in de sector om met elkaar te werken aan goed functionerende gegevensuitwisseling, welke gestroomlijnd en zoveel mogelijk geautomatiseerd verloopt. Hiervoor lopen verscheidene projecten binnen de partijen zelf en bij andere partners in de Forensische Zorg. Deze ontwikkelingen liggen buiten de scope van dit Kwaliteitskader, maar worden hier wel genoemd als belangrijke randvoorwaarden om goede indicatiestelling en gegevensuitwisseling te ondersteunen.

⁵ Zie: [pdf \(overheid.nl\)](#)

⁶ Om wel een beeld te schetsen noemen wij hieronder (niet limitatief) relevante wet- en regelgeving die binnen de Forensische Zorg van toepassing (kunnen) zijn:

- AVG (Algemene verordening gegevensbescherming)
- BFZ (Besluit Forensische Zorg)
- BVT (Beginselen wet verpleging terbeschikkinggestelden)
- RFZ (Reglement Forensische Zorg)
- RVT (Regeling wet verpleging terbeschikkinggestelden)
- Wet SenB (Wet Straffen en Beschermen)
- WEGIZ (Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg)
- WFZ (Wet Forensische Zorg)
- WJSG (Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens)

2. Opbouw en leeswijzer Kwaliteitskader Indicatiestelling Forensische Zorg

De vier dragers van het Kwaliteitskader Indicatiestelling Forensische Zorg

In het KKIFZ is de visie op de kwaliteit van indicatiestelling vertaald naar vier richtinggevende dragers. Het ordenen door middel van deze dragers heeft als doel focus en scherpheid aan te brengen op dat wat kwalitatief bijdraagt aan een goede indicatiestelling binnen de Forensische Zorg. Als overkoepelend thema op alle dragers is het continue leren en reflecteren een belangrijk onderdeel van het kader. In aansluiting op het nieuwe kwaliteitsdenken is het idee dat vanuit dat leren en reflecteren continu gewerkt wordt aan een kwalitatief hoogwaardige indicatiestelling. De dragers zijn dusdanig opgesteld dat zij elkaar onderling aanvullen en versterken.

De vier dragers zijn:

I. Eerste drager: een goede indicatiestelling (Wat)

De eerste drager beschrijft wat een goede indicatiestelling is en wat (inhoudelijk) nodig is om een goede indicatiestelling te (kunnen) stellen. De drager start met een definitie van een goede indicatiestelling. Vervolgens wordt stapsgewijs beschreven welke informatie nodig is om tot een goede indicatiestelling te komen en waar een goede indicatiestelling aan dient te voldoen.

II. Tweede drager: een inzichtelijk proces (Hoe)

De tweede drager beschrijft de voorwaarden van het proces om tot een goede indicatiestelling te komen. Deze tweede drager beschrijft op hoofdlijnen het proces van indicatiestelling en de kwaliteitsaspecten hiervan. Na een opsomming van de randvoorwaarden wordt het vier-ogenprincipe toegelicht en wordt beschreven wat bijdraagt aan een onafhankelijke en objectieve indicatiestelling.

III. Derde drager: een professionele indicatiesteller (Wie)

De derde drager beschrijft wat nodig is om als een professioneel indicatiesteller te kunnen werken. Na een beschrijving van de te verwachte expertise (kennis en kunde) en vaardigheden, volgt een beschrijving van hoe indicatiestellers hun professionele en discretionaire ruimte kunnen benutten.

IV. Vierde drager: ondersteunende partijen (Waarbinnen)

De vierde drager beschrijft voor welke randvoorwaarden indicerende partijen moeten zorgen om bij te dragen aan de beschreven thema's binnen de voorgaande drie dragers en om invulling te geven aan hun rol binnen de keten. Naast het faciliteren van de professionals door opleiding en ondersteunende processen wordt ook beschreven hoe samenwerking tussen de verschillende partijen plaatsvindt en hoe signalen vanuit indicatiestelling worden gedeeld en besproken binnen de sector.

3. Eerste drager: een goede indicatiestelling

De eerste drager beschrijft waar een goede indicatiestelling aan dient te voldoen en welke informatie nodig is om tot een goede indicatiestelling te komen.

Binnen het KKIFZ wordt de volgende definitie gehanteerd voor een goede indicatiestelling:

Een goede indicatiestelling is een actuele en heldere beschrijving van de benodigde Forensische Zorg, gericht op gedragsverandering ten behoeve van recidivevermindering. De indicatiestelling komt tot stand door een stapsgewijze afweging van de beschikbare informatie en beschrijft de zorgbehoefte van de betrokken patiënt/cliënt en, in het geval van klinische zorg, het benodigde beveiligingsniveau. De indicatiestelling wordt gebruikt door de plaatsers om te kunnen plaatsers en de indicatiestelling geeft de zorgaanbieder voldoende informatie om te kunnen bepalen of de beschreven benodigde zorg (inclusief eventueel beveiligingsniveau) kan worden geboden.

Kwaliteitsaspecten

De kwaliteitsaspecten die zorgdragen voor een goede indicatiestelling zijn hieronder beschreven.

3.1 Een actuele indicatiestelling houdt in dat wordt gekeken naar de huidige situatie van de patiënt/cliënt.

- a) Indicerende partijen hebben duidelijke documentatie opgesteld over welke informatie benodigd is voor verschillende soorten indicatiestellingen.
- b) In de indicatiestellingen staat helder beschreven vanuit welke informatie zij de huidige situatie van de patiënt/cliënt in beeld hebben gebracht.

3.2 Een heldere beschrijving houdt in dat duidelijk is voor de ontvangende partij welke Forensische Zorg (en welk beveiligingsniveau bij klinisch) nodig is.

- a) De indicatiestelling bevat alle informatie die nodig is voor de plaatsende partij om de patiënt/cliënt toe te leiden naar de juiste zorg op de juiste plek.
- b) De indicatiestelling bevat informatie over de regio van herkomst, welke richting geeft aan mogelijke plaatsing. Indien dit een contra-indicatie betreft, wordt dat specifiek benoemd.
- c) De indicatiestelling bevat ook alle informatie om zorgaanbieder voldoende te informeren, zodat deze:
 - i. voor plaatsing kan beoordelen of de gevraagde zorg, en het gevraagde beveiligingsniveau, kan worden geboden, en;
 - ii. na plaatsing over de informatie beschikt die nodig is om behandeling en/of begeleiding te kunnen afstemmen op de zorgvraag en het beveiligingsniveau van de patiënt/cliënt^{7,8}.

3.3 De indicatiestelling komt tot stand door een stapsgewijze afweging op basis van de beschikbare informatie.

- a) De partijen hebben het indicatiestellingsproces gestructureerd beschreven in een actuele versie.
- b) In het indicatiestellingsproces is beschreven op basis van welke informatie de stapsgewijze afwegingen zijn gemaakt en hoe deze worden vastgelegd. De afwegingen bij een individuele casus zijn in het indicatiestellingsproces navolgbaar vastgelegd.
- c) Gebruikte formats, instrumentarium, best practices e.d., welke worden toegepast bij de afwegingen, zijn benoemd in de procesbeschrijvingen. Daarbij is duidelijk aangegeven welke documenten het betreft en wanneer deze moeten worden toegepast.

3.4 De indicatiestelling is gebaseerd op actuele en heldere informatie.

⁷ Zie handreiking informatie-uitwisseling Forensische Zorg voor welke informatie voor zorgaanbieders wordt uitgewisseld via Ifzo.

⁸ Voor alle vormen van informatiedeling geldt dat de uitwisseling plaatsvindt binnen de geldende AVG regels.

- a) Om te komen tot een indicatiestelling moet de indicatiesteller over informatie beschikken. De benodigde informatie wordt altijd verzameld op de onderstaande vier thema's^{9,10}:
 - i. Biografische informatie
 - ii. Diagnostische informatie (in het geval van klinische indicatiestelling)
 - iii. Justitiële informatie¹¹
 - iv. Risico-inschatting¹²
 - v. Zorg & veiligheid
- b) Daarnaast is het van belang om, indien nodig, onderstaande informatie te verzamelen/ontvangen (indien beschikbaar):
 - i. Behandelgeschiedenis
 - ii. Hulpvraag van de patiënt/cliënt en inschatting behandeldoelen vanuit de behandelaar
 - iii. Sociale en omgevingsfactoren

3.5 De bij de indicatiestelling verzamelde informatie wordt opgeslagen in het dossier (bijvoorbeeld EPD/ECD), waardoor vanuit onderliggende brondocumentatie navolgbaar is hoe de indicatiestelling tot stand is gekomen.

- a) Indicerende partijen hebben beschreven welke informatie en afwegingen worden vastgelegd/opgeslagen in het dossier binnen het indicatiestellingsproces.
- b) Ook is vastgelegd op welke wijze toegepaste formats, instrumentarium, e.d. worden opgeslagen in het dossier.

3.6 De indicatiestelling wordt gedeeld door middel van het systeem Ifzo.

- a) Indicerende partijen hebben vastgelegd welke informatie en welke documenten worden gedeeld in Ifzo en op welke plek binnen Ifzo.
- b) Daar waar sprake is van overdracht buiten Ifzo om, is beschreven op welke wijze beveiligde overdracht plaatsvindt.
- c) Voor zorgaanbieders is het duidelijk welke informatie in Ifzo wordt gedeeld met betrekking tot de indicatiestelling.
- d) Het werk, zoals uitgevoerd door de indicatiesteller, wordt zo op voorgeschreven wijze vastgelegd in Ifzo waarmee de indicatiestelling wordt gedeeld binnen de keten.

Het indicatiestellingsproces, uitgevoerd door het NIFP, 3RO en PMO, kent verschillen per partij. In het volgende hoofdstuk worden deze processen verder uitgewerkt en wordt beschreven wat nodig is om een inzichtelijk indicatiestellingsproces te borgen.

⁹ Zie bijlage 2 voor uitgebreide beschrijving van het type informatie.

¹⁰ Soms kan informatie toch ontoegankelijk zijn. Bijvoorbeeld wanneer iemand recentelijk is gearresteerd.

¹¹ Zowel de kwantiteit en de kwaliteit van de justitiële informatie is mede afhankelijk van de fase van het strafproces.

¹² Bij PPC-opnames is de risico-inschatting niet altijd beschikbaar.

4 Tweede drager: een inzichtelijk indicatiestellingsproces

De tweede drager beschrijft op hoofdlijnen wat nodig is om een inzichtelijk Indicatiestellingsproces te organiseren. Daarbij wordt beschreven wat mag worden verwacht bij de start van het indicatiestellingsproces (de voorkant), wat gedurende het proces mag worden verwacht en wat bij afsluiting van het proces (de achterkant).

Indicerende partijen sluiten het indicatiestellingsproces af met het invullen van Ifzo. De gedeelde, organisatie-overstijgende kwaliteitsaspecten ten aanzien van het indicatiestellingsproces worden hieronder beschreven. Daarbij bestaan er verschillen in de manier waarop de indicerende partijen invulling geven aan de kwaliteitsaspecten. Alle drie kennen zij hun eigen processen welke passen bij de doelgroep en het type indicatiestellingen dat door de partij wordt afgegeven.

Kwaliteitsaspecten

De kwaliteitsaspecten die zorgdragen voor een inzichtelijk proces zijn hieronder beschreven.

4.1 Indicerende partijen hebben heldere randvoorwaarden beschreven over het indicatiestellingsproces om tot een heldere, actuele en tijdige indicatiestelling te komen.

- a) Afspraken over te volgen processen: de indicerende partijen hebben duidelijke interne richtlijnen voor het indicatiestellingsproces, zoals reguliere, spoed- en crisissituaties en communiceren hierover met hun aanvragers. Tijdlijnen zijn realistisch, rekening houdend met de aard en/of complexiteit van de situatie. Binnen elke partij is vastgelegd wie verantwoordelijk is voor het initiëren van de evaluatie van de processen en het rapporteren en opvolgen van de bevindingen.
- b) Uniforme formats en andere hulpmiddelen: de indicerende partijen stellen instrumenten en formats, zoals afwegingskaders, beschikbaar aan medewerkers, waarbij helder is welke instrumenten actueel zijn. Deze instrumenten worden periodiek geëvalueerd en waar nodig aangepast.
- c) Duidelijkheid binnen de indicerende partij over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden(TVB's): in processen is helder beschreven hoe verschillende rollen bij het indiceren worden ingevuld en wat de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn van de betrokken professionals. De manier waarop de partijen de TVB's vastleggen is vormvrij. Het vier-ogenprincipe vormt een onderdeel van de TVB's en wordt verder uitgewerkt onder 4.2.
- d) Afspraken over doorlooptijden: er zijn duidelijke afspraken over doorlooptijden binnen het indicatiestellingsproces. Deze kunnen verschillen per type procedure, maar zijn helder vastgelegd binnen de organisatie en de doorlooptijden zijn beschikbaar voor ketenpartners. Waar termijnen (normering) vanuit wet- en regelgeving en/of ketenafspraken gelden, is dat vermeld in de eigen processen.
- e) Afspraken over bewaartermijnen van de indicatiestelling: partijen hebben intern en onderling tussen de ketenpartners afspraken gemaakt over de bewaartermijnen van de indicatiestelling, inclusief bijbehorende brondocumentatie en communicatie (bijv. per mail). Dit betreft zowel in eigen systemen vastgelegde informatie als ook de indicatiestelling binnen Ifzo. Deze passen binnen geldende wet- en regelgeving.
- f) Contact binnen eigen organisatie bij vragen over invullen format Ifzo: er is een contactpersoon binnen elke partij voor medewerkers die vragen hebben over zowel het inhoudelijk proces van indiceren (inclusief gebruik formats en formulieren) als ook over het gebruik van het systeem Ifzo tijdens/bij het indiceren.
- g) Goede communicatie en afstemming over informatiedeling ketenpartners: er is open en effectieve communicatie tussen betrokken instanties (bijv. NIFP, 3RO, PMO, DIZ, FORZO/JJI, OM) om ervoor te zorgen dat relevante informatie wordt uitgewisseld. Voor overdracht van informatie is voor betrokkenen duidelijk welke informatie de ontvangende partij nodig heeft. Verder is bij iedere partij duidelijk beschreven welke informatie de indicatiesteller nodig heeft van andere stakeholders. Daarover zijn heldere afspraken gemaakt met de ketenpartners. De onderlinge afspraken tussen ketenpartners worden periodiek (minimaal jaarlijks) geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.
- h) Informatie voor patiënten/cliënten: Door indicerende partijen is helder beschreven welke informatie beschikbaar is voor patiënten/cliënten en/of daar onderdelen bij zitten die actief worden aangeboden.

4.2 Het indicatiestellingsproces voor Forensische Zorg vereist een vier-ogenprincipe benadering waarbij professionals nauw samenwerken om een weloverwogen besluit te nemen over de benodigde zorg voor de patiënt/cliënt.

- a) Een belangrijk uitgangspunt binnen het proces van indicatiestelling is dat in principe altijd collegiale afstemming en/of toetsing plaatsvindt voor verzending binnen lfzo.
- b) In de praktijk kan het vier-ogenprincipe op verschillende wijzen worden ingevuld. Het is formeel georganiseerd in het indicatiestellingsproces dat iemand altijd meekijkt. Denk daarbij aan de toetsing door de psychiater binnen het NIFP, het meelesen door een collega van een advies binnen de reclassering of een bespreking binnen het PMO.
- c) Collegiale toetsing kan daarnaast ook informeel zijn ingericht, bijvoorbeeld als onderdeel van het leerproces (denk daarbij aan casuïstiekbesprekingen, informeel overleg, etc.).
- d) Waar sprake is van versnelde procedures (bijvoorbeeld een crisisplaatsing) prevaleert het snel handelen. Om de kwaliteit van het proces te waarborgen, wordt eenmaal per kwartaal een evaluatie uitgevoerd om het indicatiestellingsproces voor crisisplaatsing te beoordelen.

4.3 Het indicatiestellingsproces is een onafhankelijk en objectief traject.

- a) Het indicatiestellingsproces heeft tot doel de onafhankelijke en objectieve bepaling van de zorgbehoefte (alle indicaties), de verblijfsintensiteit (Verblijf) en het beveiligingsniveau (Klinisch) vast te stellen. De patiënt/cliënt moet erop kunnen vertrouwen dat op basis van de beschikbare informatie de beste bij de zorgvraag passende indicatiestelling tot stand komt. Op basis van het inhoudelijk onderbouwd oordeel wordt de indicatiestelling vastgesteld.
- b) Zoals beschreven in de scope (1.3) staat het indicatiestellingsproces los van het plaatsingsproces. Mede daardoor wordt de onafhankelijkheid en objectiviteit van de indicatiestelling geborgd.
- c) Het is van belang dat zoveel mogelijk, naast een scheiding in het proces van indiceren en plaatsing, er ook een scheiding is tussen de persoon die indiceert en de persoon die plaatst. Tegelijkertijd zijn er situaties binnen 3RO en PMO waarin de scheiding tussen de persoon die indiceert en de persoon die plaatst niet wenselijk is. Binnen die partijen is de onafhankelijke indicatiestelling geborgd door middel van de procesinrichting, ook in situaties waarin de indicatiesteller dezelfde persoon is als de plaatser.
- d) In crisissituaties kan het in de praktijk voorkomen dat plaatsing voorafgaat aan indicatiestelling. Deze uitzonderingssituaties zijn beschreven in de processen.
- e) Starten met behandeling voor zitting kan in de praktijk een goede prikkel zijn om iemand te motiveren voor (noodzakelijke) zorg. In die gevallen kan men (vrijwillige) ambulante zorg indiceren voor de zitting. Er is dan nog geen uitspraak (en dus nog geen justitieel kader). De zorgtitel waaronder dit gebeurt is de *Voorgenomen Indicatiestelling*.

Een hier nog niet benoemde belangrijke randvoorwaarden betreft de professionele indicatiesteller. Deze wordt zo belangrijk geacht in het proces van indicatiestelling dat deze is uitgewerkt in de derde drager: een professioneel indicatiesteller.

5 Derde drager: een professioneel indicatiesteller

De derde drager beschrijft wat mag worden verwacht van de indicatiesteller (Coördinator IFZ, reclasseringswerker, GZ-psycholoog) en andere betrokkenen in hun rol als professional binnen het indicatiestellingsproces. Professioneel vakmanschap kan op verschillende manieren worden geborgd. Daarbij is het van belang dat professionals zelf actief bijdragen en meedoen aan hun eigen professionele ontwikkeling. Aanvullend hebben NIFP, 3RO, PMO en ook andere relevante stakeholders de opdracht om ervoor te zorgen dat er ruimte, tijd, voldoende informatie en financiële ondersteuning is voor professionals om zich te ontwikkelen.

Kwaliteitsaspecten

De kwaliteitsaspecten die zorgdragen voor een professioneel indicatiesteller zijn hieronder beschreven.

5.1 De professional beschikt over de juiste expertise (kennis en kunde).

- a) Professionele indicatiestellers beschikken over specifieke expertise op verschillende gebieden om tot een kwalitatief goede indicatiestelling te komen. Deze kennis is passend voor het soort indicatiestelling welke de indicatiesteller afgeeft.
 - i. De professional heeft, passend bij diens functie, een bepaalde mate van begrip van diverse psychische en psychiatrische ziektebeelden en complexe problematiek.
 - ii. De professional kan vanuit de ziektebeelden en problematiek een koppeling maken met daarbij passende Forensische Zorg.
 - iii. De professional heeft kennis van het gebruik van instrumenten (zoals benoemd onder de eerste drager) welke essentieel zijn om een passende indicatiestelling op te stellen.
- b) Professionele indicatiestellers beschikken over kennis van het stelsel van de Forensische Zorg. Deze kennis is passend voor het soort indicatiestelling welke de indicatiesteller afgeeft en is gericht op het werkgebied waarbinnen de indicatiesteller werkzaam is.
 - i. De professional heeft een goed begrip van het beschikbare forensisch zorgaanbod.
 - ii. De professional heeft kennis van de verschillende strafrechtelijke en forensische titels, wat deze inhouden en wat deze betekenen voor de patiënt/cliënt, in het licht van de zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak en mogelijkheden binnen de Forensische Zorg.
 - iii. De professional heeft kennis van het inschatten van de beveiligingsnoodzaak voor de patiënt/cliënt en weet daar het passende beveiligingsniveau aan te verbinden.
 - iv. De professional heeft kennis van in de keten geldende richtlijnen, (beroeps-) protocollen en is op de hoogte van actuele wet- en regelgeving.
 - v. De professional blijft op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen binnen het werkveld, zoals het zorgaanbod, behandelmethodieken, begeleidingsvoorwaarden en de verschillen tussen de beveiligingsniveaus (in het geval van klinische indicatiestelling).

5.2 De professional beschikt over de juiste vaardigheden.

Het uitgangspunt bij de indicatiestelling is dat professionals in dezelfde casus op dezelfde indicatiestelling uitkomen, ofwel het minimaliseren van variabiliteit. Dit is een belangrijke basis voor de rechtsgelijkheid van patiënt/cliënt. Dit vereist van de indicatiestellers een aantal belangrijke vaardigheden.

- a) Professionals weten relevante bronnen te raadplegen om hun indicatiestelling te ondersteunen.
- b) Professionals zetten de aan hen beschikbaar gestelde richtlijnen, afwegingskaders en instrumenten op de daarvoor bedoelde manier in bij het komen tot de indicatiestelling.
- c) Professionals signaleren hiaten, tegenstrijdigheden en mogelijkheden voor verbetering in de inhoud van de richtlijnen, afwegingskaders en instrumenten zelf en in de manier waarop de instrumenten (al dan niet conform afspraken) worden toegepast. Zij maken dit bespreekbaar binnen de organisatie.

- d) Professionals hebben het vermogen om effectief te communiceren met de patiënt/cliënt (in het geval van 3RO en PMO¹³) en andere professionals om informatie te verzamelen en om samen te werken om tot een passende indicatiestelling te komen.
- e) Professionals kunnen complexe informatie en situaties analyseren en heldere, onderbouwde conclusies trekken en compact beschrijven binnen de indicatiestelling.
- f) Professionals richten zich bij de indicatiestelling op de zorgvraag, zonder zich te laten leiden door mogelijke beperkingen van het beschikbare aanbod.
- g) Professionals zijn bekwaam in het afwegen van verschillende behandelopties en kunnen de meest geschikte optie selecteren.
- h) Professionals zijn bereid om feedback te vragen en te ontvangen en kunnen hun werkwijze aanpassen op basis van evaluaties van indicatiestellingen (casuïstiek).
- i) De professional is actief betrokken bij diens eigen ontwikkeling op het gebied van kennis en kunde.
- j) Professionals dragen actief bij aan kennisdeling en kennisuitwisseling, zowel binnen de eigen organisatie en waar mogelijk ook met ketenpartners.

5.3 De professional weet diens professionele handelingsruimte effectief te benutten.

- a) De professional weet in aanvulling op richtlijnen, processen en instrumenten, te vertrouwen op de eigen professionele kennis en inzichten. De professional is in staat deze professionele handelingsruimte te gebruiken om - waar nodig - binnen de indicatiestelling rekening te houden met de unieke situatie van iedere patiënt/cliënt.
- b) De professional draagt zelf zorg voor het onderhouden van diens vakmanschap en heeft het vermogen om de professionele handelingsruimte effectief te benutten.
- c) De professional vraagt bij twijfel om te komen tot een goed oordeel zelf om collegiale ondersteuning.

De ondersteunende rol van de organisatie, waarin de indicatiesteller opereert, is essentieel. Een organisatie die ruimte biedt voor innovatie en initiatief, die openstaat voor feedback en suggesties en professionele ruimte stimuleert, bevordert goed vakmanschap. Deze rol is beschreven in het volgende hoofdstuk.

¹³ Bij het NIFP is direct contact met de cliënt/patiënt voor de indicatiestelling meer uitzondering dan regel.

6 Vierde drager: ondersteunende indicerende partijen

De vierde drager beschrijft voor welke randvoorwaarden indicerende partijen moeten zorgen om invulling te geven aan de drie voorgaande kwaliteitsaspecten. Aanvullend beschrijft deze drager op welke wijze de partijen samenwerken aan de kwaliteit van de indicatiestellingen. Daarbij wordt ook beschreven wat de rol is van deze partijen binnen de keten op het gebied van het delen van ontwikkelingen en trendinformatie. Hiermee leveren zij een bijdrage aan de doelstelling vanuit de WFZ, namelijk: patiënt/cliënt op de juiste plek.

Kwaliteitsaspecten

De kwaliteitsaspecten die zorgdragen voor ondersteunende indicerende partijen, op het gebied van indicatiestelling, zijn hieronder beschreven.

6.1 Indicerende partijen faciliteren de professionals.

- a) De indicerende partijen dragen zorg voor een cultuur van openheid en ondersteuning. De partijen streven om professionals een plek te bieden waar zij vrijheid ervaren om hun mening te uiten en om mogelijke verbeteringen aan te dragen. De indicerende partijen creëren een omgeving waar feedback en verbetering wordt gestimuleerd.
- b) De indicerende partijen zorgen voor ruimte en tijd voor expertiseontwikkeling. Binnen de partijen zijn daarvoor beschikbaar: dagen voor deskundigheidsbevordering, opleidingsplannen met passend budget en andere mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering. Deze worden geëvalueerd en waar nodig up-to-date gehouden. De partijen stimuleren professionals om te blijven leren en groeien.
- c) Tussen de partijen zijn afspraken gemaakt over kennisdeling en het bespreken van ervaringen.
- d) De indicerende partij biedt haar professionals moderne en up-to-date tools en technologieën om taken effectief uit te voeren.
- e) Partijen bevorderen reflectie onder de professionals door hen zowel voldoende tijd als ruimte te bieden.

6.2 Indicerende partijen zorgen voor een systeem waar actuele processen, instrumenten en documenten vindbaar zijn en actueel worden gehouden.

- a) De partijen informeren hun professionals over actuele wet- en regelgeving, wat wel en niet gedeeld mag worden op het gebied van informatie-uitwisseling (AVG/Privacy), en ontwikkelingen op het gebied van zorgvraag en zorgaanbod.
- b) De partijen beschikken over een kwaliteitsmanagementsysteem, waarin processen en documenten beschikbaar worden gesteld (bijvoorbeeld een kwaliteitsbibliotheek).
- c) De partijen evalueren periodiek (eens per twee of drie jaar) de werking van hun kwaliteitsmanagementsysteem en passen die aan waar nodig.

6.3 Indicerende partijen dragen zorg voor een goede samenwerking binnen de forensische keten.

- a) Indicerende partijen hebben samenwerkingsafspraken waarin is beschreven hoe zij een bijdrage leveren aan het behalen van gezamenlijke resultaten en het continu verbeteren van de kwaliteit van de indicatiestelling.
- b) De indicerende partijen hebben onderlinge afspraken en op elkaar afgestemde protocollen over het delen van informatie, de rollen en verantwoordelijkheden en evalueren deze afspraken en protocollen op regelmatige basis.
- c) De indicerende partijen hebben een samenwerking georganiseerd met de ketenpartners (zorgaanbieders, Openbaar Ministerie, Rechterlijke Macht etc.) om de indicatiestelling periodiek te evalueren en om met elkaar te onderzoeken waar de kwaliteit van de indicatiestelling en de manier waarop deze tot stand komt verbeterd zou kunnen worden.
- d) Verder organiseren de indicerende partijen de samenwerking met ForZo/JJI en DIZ. Met onderdelen zoals Team FPL – KP (DIZ), aanbesteding en accountmanagement (ForZo/JJI) vindt periodiek uitwisseling en evaluatie plaats. Het doel is om ervaringen en kennis te delen en waar mogelijk verbeteringen aan te brengen.
- e) De indicerende partijen geven inzicht binnen de keten op trendinformatie en/of veranderingen in de zorgvraag, de beveiligingsnoodzaak en andere (nieuwe) ontwikkelingen, knelpunten en/of (politieke en maatschappelijke) risico's of kansen

binnen de forensische zorg voor de indicatiestelling. Hiervoor is periodieke effectieve informatie-uitwisseling nodig in de keten.

6.5 Signaleren.

- a) In samenspraak met ForZo/JJI en DIZ is uitgewerkt hoe en op welke landelijke tafel(s)¹⁴ signalen ingebracht kunnen worden.
- b) Indicerende partijen nemen deel aan regionale samenwerking waarbinnen is afgesproken op welke wijze trends vanuit de indicatiestelling met de partijen in de regio worden besproken. Binnen deze samenwerking wordt ruimte geboden om door middel van reflectie van elkaar te leren.

¹⁴ Daarbij wordt in ieder geval gedacht aan het Bestuurlijk Overleg Forensische Zorg, TBS Nederland en het Forensisch Netwerk.

7 Invoering en onderhoud

Inleiding

Het Kwaliteitskader is ontwikkeld in nauwe samenwerking met betrokkenen vanuit de indicerende partijen, NIFP, 3RO en PMO, in samenwerking met het Ministerie van JenV. Zowel indicerende professionals, beleidsmedewerkers en directie hebben actief bijgedragen aan de totstandkoming van het KKIFZ. Dit heeft geresulteerd in een Kwaliteitskader waarin is vastgesteld wat nodig is om een goede indicatiestelling binnen de Forensische Zorg te realiseren.

Het succes van het Kwaliteitskader is afhankelijk van de implementatiesystematiek en de snelheid waarmee partijen in staat zijn de kwaliteitsaspecten, zoals beschreven in dit Kwaliteitskader, te implementeren. Uit gezamenlijke inventarisatie met betrokken partijen blijkt dat aan veel van de kwaliteitsaspecten al wordt voldaan, maar dat er tevens ruimte is voor verbetering. De gezamenlijke ambitie is duidelijk uitgesproken: streven naar een hoge kwalitatieve standaard, waarbij ruimte wordt geboden aan het unieke karakter van elke indicatiestelling afgestemd op de diverse achtergronden van patiënten/cliënten.

Looptijd

Het Kwaliteitskader is van kracht van 1 juli 2024 tot en met 31 december 2029. Het eerste jaar biedt partijen de tijd en ruimte om na de vaststelling van het KKIFZ tot september 2025 invulling te geven aan de implementatie.

Eigenaarschap

Het eigenaarschap van het KKIFZ is belegd bij het Bestuurlijk Overleg (BO) van de indicerende partijen. Dit BO, voorgezeten door het NIFP, behandelt tweemaal per jaar de implementatie van het KKIFZ. Het NIFP, 3RO en PMO zijn daarmee gezamenlijk eigenaar van het KKIFZ en spelen allen een evenredige rol bij de uitvoering van activiteiten gerelateerd aan implementatie van het Kwaliteitskader.

Kwaliteitsrol

Het NIFP neemt, als coördinator, een faciliterende kwaliteitsrol op zich. Deze rol omvat onder andere het organiseren van gezamenlijke deskundigheidsbevorderende activiteiten, zoals een jaarlijkse kwaliteitsdag of congres gericht op het verbeteren van de kwaliteit van indicatiestellingen, mogelijke werkgroepen voor verbeterinitiatieven en intercollegiaal overleg. In het reeds bestaande tactisch overleg wordt het verloop van de implementatie van het kwaliteitskader twee keer per jaar besproken. Deze bespreking geldt als input voor het BO. De coördinatie van het BO en het tactisch overleg ligt in handen van het NIFP. De voorbereiding van specifieke onderwerpen binnen het tactisch overleg vindt plaats binnen de indicerende partijen. Vertegenwoordiging van alle drie de partijen in het tactisch overleg is noodzakelijk.

Tussenevaluatie, eindevaluatie en verantwoording

De bestaande verantwoordingslijnen voor de indicerende instanties blijven ongewijzigd. Het NIFP neemt het voortouw in de evaluatie van het kader en het doorvoeren van de gewenste aanpassingen. Vijf jaar na de implementatie van het KKIFZ vindt in ieder geval een evaluatie van het gehele kader plaats. Wanneer wijzigingen aan het kader noodzakelijk zijn, worden deze besproken tijdens het tactisch overleg en vervolgens voorgelegd aan het BO KKIFZ, waar besluitvorming plaatsvindt. In het algemeen lopen besluiten over wijzigingen via deze route.

Niet eerder dan drie jaar na de start van het KKIFZ wordt tussen de indicerende partijen afgestemd hoe invulling wordt gegeven aan eventuele audits. DGSenB neemt het opdrachtgeverschap en de begeleiding van deze audits op zich. Het uitgangspunt is om deze processen zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen.

Bijlage 1: proces van indicatiestelling in Nederland

In de meeste gevallen wordt door het NIFP en 3RO een indicatiestelling afgegeven vooruitlopend op een vonnis. Een indicatiestelling wordt gegeven aan de rechter, de officier van justitie, de rechter-commissaris, de advocaat-generaal dan wel de minister voor Rechtsbescherming. Op deze manier kan op het moment dat de justitiële titel wordt bepaald in het vonnis of besluit, rekening worden gehouden met de forensische zorgbehoefte. De indicatie en de justitiële titel vormen vervolgens de basis voor het plaatsingsbesluit. De rechter bepaalt op basis van adviezen of iemand Forensische Zorg moet krijgen. Deze is voor:

- Verdachten of daders als voorwaarde bij hun straf.
- Daders die in de gevangenis zitten.
- Verdachten die nog wachten op de uitspraak van de rechter (preventief gehechten of schorsingsbeschikking).
- Terbeschikkinggestelden met bevel tot verpleging (tbs met dwangverpleging).

3RO kan ook indiceren voor ambulante zorg tijdens het toezicht bij een voorwaardelijk traject. Voor het PMO geldt dat de Forensische Zorg wordt geïndiceerd tijdens een opgelegde gevangenisstraf. Deze zorg volgt niet uit een strafmaatregel.

Werkwijze en organisatie van de indicatiestelling

De werkwijze voor de indicatiestelling rust op het principe van functiescheiding. Hierdoor spelen belangen van financiers en zorgaanbieders geen rol bij de vaststelling en toewijzing van Forensische Zorg aan individuele forensische patiënten. Functiescheiding bij de totstandkoming van forensisch psychiatrische zorg krijgt vorm door het uitgangspunt dat de vaststelling van zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak van een forensische patiënt plaatsvindt, zonder bemoeienis van de financier en de zorgaanbieders.

Indicerende partijen

3RO

De reclassering is verantwoordelijk voor advies over verdachten en/ of daders aan het Openbaar Ministerie (OM) en het toezicht houden op verdachten/ daders. Ook ziet 3RO toe op de uitvoering van werkstraffen. Daarnaast voert de 3RO gedragsinterventies uit. Als onderdeel van het advies aan het Openbaar Ministerie (OM), de Rechterlijke Macht (RM) en DJI onderzoekt 3RO of Forensische Zorg noodzakelijk is. Om tot het advies te komen wordt uitgebreid onderzoek uitgevoerd door reclasseringswerkers. De 3RO levert op basis hiervan een gewogen en onderbouwd advies welke onder meer de indicatiestelling kan bevatten en/of andere reclasseringsmaatregelen. 3RO voert de indicatiestelling uit voor alle ambulante- en verblijfszorg in voorwaardelijke trajecten, met uitzondering van forensisch beschermd wonen volgend op klinische plaatsing. Ook indiceert 3RO tijdens verblijf in een Penitentiaire Inrichting (PI), wanneer na detentie een voorwaardelijke sanctie uitgevoerd dient te worden en/of in de laatste drie maanden van detentie. Wanneer het OM, de rechtbank en/of DJI het advies overneemt, krijgt de reclassering een opdracht tot toezicht en de uitvoering van de voorwaarden van het toezicht.

NIFP

Het NIFP is verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor verdachten/daders, voor klinische Forensische Zorg. Het NIFP indiceert voor de zwaarste doelgroep, en een kostbare en vergaand vrijheidsbeperkende vorm van Forensische Zorg. Mede hierdoor voert het NIFP voor de indicatiestelling uitgebreid onderzoek uit en rapporteert in haar indicatiestellingen over bijvoorbeeld psychologische en psychiatrische diagnostiek, risico-inschatting en het daarbij behorende behandeladvies en beveiligingsniveau. Ook indiceert het NIFP voor verblijfszorg aansluitend op klinische behandeling in de Forensische Zorg. Het verzoek van indicatiestelling richting NIFP wordt altijd door een andere partij verzorgd, door de reclassering of door het PMO vanuit een PI. Vanuit de reclassering wordt dit verzoek verstuurd wanneer men inschat dat klinische zorg noodzakelijk is en/of wanneer binnen bestaande zorgverlening opschaling of afschaling noodzakelijk is.

Binnen het PMO gaat men over tot indicatiestelling, wanneer men inschat dat de basiszorg in de PI niet toereikend is voor de bestaande problematiek, of wanneer men inschat dat Forensische Zorg aanvullend op detentie noodzakelijk is ter voorkoming van recidive bij terugkeer in de maatschappij.

PMO

Het PMO binnen een PI is een bijeenkomst waar medische en psychologische professionals samenwerken om de gezondheid en behandeling van gedetineerden te bespreken en te plannen. Het richt zich op mentale en fysieke gezondheid, behandelplanning, risicobeoordeling en re-integratie, met als doel het welzijn van gedetineerden te verbeteren en voorbereiding op een succesvolle terugkeer naar de samenleving te ondersteunen. Het PMO verzorgt de indicatiestelling voor aanvullende ambulante zorg (AAZ) tijdens het verblijf in de PI en verblijfszorg in het kader van re-integratie vanuit detentie. Wanneer de noodzaak van klinische zorg gedurende de gevangenisstraf van de gedetineerde wordt gesignaleerd, dan vraagt het PMO een indicatiestelling voor klinische zorg aan bij het NIFP. Het PMO neemt 3RO indien nodig mee in dit proces. In het geval van de noodzaak van vervolgzorg na het verlaten van een PI besluit het PMO (na afstemming met de betrokken reclasseringsmedewerker) welke aansluitende zorg de justitiabele nodig heeft. Op basis van gesprekken met de patiënt/cliënt en informatie vanuit het multidisciplinaire team wordt informatie verzameld over de zorgbehoefte en risico's van de patiënt/cliënt¹⁵.

Indicatiestellingen Forensische Zorg

Onderstaande aantallen geven inzicht in de afgegeven indicatiestellingen door de verschillende indicerende partijen in de jaren 2020 t/m 2022. De bijdrage zoals getoond in de tabel door DIZ betreft legitimerende en administratieve afhandeling vanuit hun rol als Forensisch Plaatsingsloket (FPL).

Indicerende instantie	Soort plaatsing	2020	2021	2022
Totaal		20.319	20.937	19.811
3RO	Ambulant	10.987	11.490	10.496
	Verblijfszorg	2.918	3.082	3.328
DIZ (in de rol van legitimerende organisatie)	Ambulant	292	124	158
	FPT	111	113	106
	Klinisch	511	423	522
GW	Ambulant	1.779	2.024	1.696
	Onbekend	55	74	92
NIFP	Klinisch	3.442	3.341	3.168
	Verblijfszorg	224	266	245

¹⁵ Een uitzondering op het verloop van de indicatiestelling klinische zorg vanuit detentie zijn de urgente situaties waarbij plaatsing en indicatiestelling van een justitiabele vanuit een PI naar een PPC direct noodzakelijk is en de reguliere procedure niet gevolgd kan worden.

Bijlage 2. Uitleg over het type informatie bij punt 3.4 (drager 1)

Biografische informatie: deze informatie bestaat uit verschillende aspecten van iemands leven, zoals geboortedatum, geboorteplaats, familieachtergrond, opleiding, werkervaring, burgerlijke staat en andere relevante bekende details.

Justitiële informatie: deze informatie beschrijft de juridische context en achtergrond van de betrokkene. Voorbeelden van enkele belangrijke justitiële aspecten en informatiebronnen zijn de juridische status, informatie over de aard van het misdrijf, de omstandigheden rondom het delict en reclasseringsrapporten.

Risico-inschatting: beschikbare informatie over het risico op herhaling van crimineel gedrag/recidive is een belangrijke broninformatie voor de indicatiestelling.

Zorg & veiligheid: voorbeelden van dergelijke informatie zijn de zorgprognose, de mogelijkheid van onttrekking aan zorg en behandeling en de veiligheid van derden (bijvoorbeeld van het slachtoffer). In het geval van indicatiestelling tijdens verblijf in de PI, of bij herindicatie bij de huidige zorgaanbieder, is het ook van belang om informatie te verkrijgen over het huidige functioneren van de patiënt/cliënt.

Behandelgeschiedenis: de behandelgeschiedenis van de betrokkene, inclusief eventuele eerdere interventies door forensische of reguliere geestelijke gezondheidszorginstellingen, kan belangrijke inzichten bieden in wat wel of niet heeft gewerkt in het verleden. Het levert ook input voor het inschatten van een al dan niet succesvol verloop van mogelijke toekomstige behandelingen.

Diagnostische informatie: diagnostiek geeft inzicht bij de patiënt/cliënt in diens geestelijke gezondheidstoestand, persoonlijkheidskenmerken en eventuele psychische stoornissen.

Hulpvraag van de patiënt/cliënt en inschatting behandeldoelen vanuit de behandelaar: deze informatie bestaat uit de behoefte van de patiënt/cliënt zelf, aangevuld met de ingeschatte zorgvraag door de aanvrager. De behandeldoelen zijn concrete doelstellingen die worden geformuleerd om aan die hulpvraag te voldoen en om de gewenste veranderingen te bereiken.

Sociale en omgevingsfactoren: kennis hebben van de sociale en omgevingsfactoren (ook wel criminogene factoren) van de betrokkene is essentieel. Denk hierbij aan informatie over huisvesting, werk, inkomen en omgaan met geld/schulden. Ook de familiale situatie en het sociaal netwerk kunnen van invloed zijn op het risico op herhaling en de mogelijkheid van succesvolle re-integratie.

Bijlage 3. Afkortingen en begrippen

Afkortingen

3RO	Drie reclasseringsorganisaties, te weten Reclassering Nederland, Stichting verslavingsreclassering GGZ en het Leger des Heils Jeugdbescherming en Reclassering
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
BFZ	Besluit Forensische Zorg
BVT	Beginselen wet verpleging terbeschikkinggestelden
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen; uitvoeringsorganisatie van het ministerie van Justitie en Veiligheid
Forzo/JJI	De Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen, onderdeel van DJI
FBW	Forensische Beschermd/Begeleid Wonen
FPA/FVA	Forensisch Psychiatrische Afdeling / Forensische Verslavingsafdeling
FPC	Forensisch Psychiatrische Centrum
FPK/FVK	Forensisch Psychiatrische Kliniek / Forensische Verslavingskliniek
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
ISD-maatregel	Maatregel Inrichting Stelselmatige Daders
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
OFZ	Overige Forensische Zorg
OM	Openbaar Ministerie
Pbw	Penitentiaire beginselenwet
PI	Penitentiaire Inrichting
PMO	Psycho Medisch overleg
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
RFZ	Reglement Forensische Zorg
RVT	Regeling wet verpleging terbeschikkinggestelden
Tbs	Ter beschikking stelling (art. 37a en 37b Sr)
Wet SenB	Wet Straffen en Beschermen
WEGIZ	Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg
Wfz	Wet Forensische Zorg
WJSG	Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens

Begrippen	Toelichting
Begeleiding en Behandeling ¹⁶	<p>Begeleiding De functie begeleiding omvat het inslijpen van de in de behandeling aangeleerde houdingen, vaardigheden en gedrag door toepassing in de woon- en werkomgeving en breder, in de sociale praktijk. Bij begeleiding gaat het om het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid. De begeleiding heeft haar basis in professionele zorgstandaarden en richtlijnen en vereist een bekwame professional die een stabiele relatie met de cliënt/patiënt kan opbouwen en onderhouden.</p> <p>Behandeling Behandeling in de Forensische Zorg is verbonden met een diagnose die op de DSM-classificatie, het indexdelict en de risicotaxatie berust. Het gaat om de aanpak van een psychische stoornis en bijbehorende problemen op verschillende leefgebieden om recidive te voorkomen. Van behandeling is sprake als er verbeterdoelen samen met de patiënt/cliënt zijn geformuleerd, die op een gestructureerde manier op basis van zorgstandaarden en richtlijnen worden nagestreefd, en waarvoor specifieke deskundigheid is vereist. De behandeling is niet alleen gericht op het voorkomen van delictgedrag en het bevorderen van herstel, maar kan ook gericht zijn op stabilisatie en het voorkomen van verslechtering.</p> <p>Begeleiding en behandeling in de settings De wijze waarop behandeling en begeleiding worden vormgegeven verschilt per setting. In dit Kwaliteitskader wordt de klinische, ambulante, verblijfs- en PPC-setting onderscheiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandeling en begeleiding in een klinische forensische setting kenmerken zich door de veiligheidsmaatregelen, het leefklimaat op de afdelingen en een breed aanbod aan verschillende typen behandeling en begeleiding. • In de ambulante setting is de situatie van de patiënt/cliënt stabiel en geniet deze meer vrijheden en worden op indicatie diverse vormen van individuele-, groeps- en gezinsbehandeling toegepast. • In de verblijfssetting is sprake van begeleiding door professionals. Daarbij kan een verblijf in deze setting gecombineerd worden met ambulante behandeling door externe behandelaars. • Kenmerkend voor de zorg in een penitentiaal psychiatrische centra (PPC) is het penitentiaal regime en de medisch, psychologische en sociale begeleiding en behandeling in specifieke forensische vormen van zorg.
Beveiligingsniveaus	<p>Binnen de klinische zorg zijn vier beveiligingsniveaus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BEVEILIGINGSNIVEAU 1: dit zijn besloten afdelingen in reguliere GGZ-instellingen of reguliere verslavingszorgafdelingen. De patiënten krijgen behalve psychiatrische zorg en behandeling, ondersteuning bij het vinden van werk of een zinvolle dagbesteding. • BEVEILIGINGSNIVEAU 2: in de FPA's/FVA's en klinieken voor SGLVG, worden personen met psychiatrische problematiek behandeld die voor de opname grensoverschrijdend of risicovol gedrag hebben vertoond. Op hetzelfde beveiligingsniveau worden personen met een verslaving behandeld.

¹⁶ III Deze definitie is gebaseerd op die van het Zorginstituut.

Begrippen	Toelichting
	<ul style="list-style-type: none"> • BEVEILIGINGSNIVEAU 3: dit zijn FPK's/FVK's. Er verblijven patiënten met complexe psychiatrische problematiek en of verslavingsproblematiek, die voor hun opname in de kliniek grensoverschrijdend of gevaarlijk gedrag hebben vertoond. Ook hier kunnen reguliere én forensische patiënten met een strafrechtelijke titel worden opgenomen. De klinieken zijn hoog beveiligde omgevingen. • BEVEILIGINGSNIVEAU 4: Een FPC (tbs-kliniek) is een maximaal beveiligde kliniek waar patiënten verblijven aan wie de maatregel tbs met verpleging van overheidswege is opgelegd. Het beveiligingsniveau is hoog en de bewegingsvrijheid voor patiënten beperkt.
Calamiteiten	Een calamiteit is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt/cliënt heeft geleid (definitie Wkkgz).
Delictanalyse	De delictanalyse is een diagnostisch instrument waarmee in kaart wordt gebracht welke omstandigheden en risicofactoren hebben meegespeeld bij het plegen van een delict.
Forensische Zorg	Forensische Zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en/of verstandelijk gehandicaptenzorg die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere strafrechtelijke titel.
Forensische zorgtitel	De forensische zorgtitel is de bekostigingsgrondslag voor vergoeding van zorg door het ministerie van Justitie en Veiligheid. Er zijn (in 2024) 28 forensische zorgtitels.
Herstel	Volgens Huber (2011) wordt herstel beschreven als 'het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven'. Dit uit zich in het vinden van de persoonlijke balans na ervaringen van (heftige) psychische ontwrichting.
Incidenten	Een incident is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en/of veiligheid, en heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de patiënt/cliënt/medewerker/burger.'
Risico-inschatting	Risico-inschatting in de Forensische Zorg verwijst naar het proces van het beoordelen en voorspellen van het toekomstige gedrag en de risico's die geassocieerd zijn met individuen die onder Forensische Zorg vallen, zoals veroordeelden met een geschiedenis van crimineel gedrag, inclusief ernstige delicten en/of psychiatrische stoornissen. Het doel van de risico-inschatting is om te bepalen hoe waarschijnlijk het is dat een persoon opnieuw crimineel gedrag zal vertonen en welke specifieke risico's en behoeften ze hebben, zodat passende interventies en behandelingen kunnen worden ingezet om recidive te voorkomen en de veiligheid van de samenleving te waarborgen. Instrumenten die worden gebruikt voor risico-inschatting in de Forensische Zorg omvatten vaak gestandaardiseerde beoordelingshulpmiddelen en klinische evaluaties.
Ketenpartners Forensische Zorg	Ketenpartners in de Forensische Zorg verwijzen naar verschillende organisaties en instellingen die betrokken zijn bij de behandeling, begeleiding en re-integratie van personen die betrokken zijn geweest bij criminele activiteiten en die nu onder toezicht staan of in behandeling zijn binnen het forensische zorgsysteem. De forensische zorgketen bestaat uit een netwerk van organisaties en instanties die samenwerken om de veiligheid van de samenleving te

Begrippen	Toelichting
	waarborgen en de re-integratie en behandeling van cliënten te bevorderen.
Verblijfszorg	Verblijfszorg staat voor Forensisch Beschermd Wonen.

