

# Kernset prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie

Forensische geestelijke gezondheidszorg,  
verslavingszorg en zorg voor mensen met een (licht)  
verstandelijke beperking

Verslagjaar 2015

## Colofon

### Afzendinggegevens

#### **Directie Forensische Zorg**

Turfmarkt 147

2511 DP

Postbus 30132

Den Haag

[www.dji.nl](http://www.dji.nl)

[www.forensischezorg.nl](http://www.forensischezorg.nl)

### Contactpersoon

Mevrouw M. Delfgaauw

Beleidsadviseur Specialistisch Inkoop Centrum, Dienst Justitiële Inrichtingen

p/a [forzoggi@dji.minjus.nl](mailto:forzoggi@dji.minjus.nl)

Mevrouw I. Koomen

*Projectleider Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP)*

[ikoomen@efp.nl](mailto:ikoomen@efp.nl)

De indicatorenset verslagjaar 2015 is samengesteld door een voorbereidingsgroep waarin de volgende personen hebben deelgenomen:

Voorzitter	Hendrik Jan van der Lugt (directeur Oostvaarderskliniek)
Projectleiding	Inge Koomen (projectleider Expertisecentrum Forensische Psychiatrie – EFP)
DBC-Onderhoud	Robert Prang en Joyce Neelen
Directie Forensische Zorg (DForZo) van DJI	Ellen Righart en Nienke Tenneij
Federatie Opvang (FO)	Tonny van Hensbergen
GGZ Nederland	Harry Beintema, Evert Jan van Maren, Hans Hendriks en Monique Strijdonck
Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	Henk Milius (toehoorder)
Landelijk Platform GGZ (LPGGz)	Sebastiaan Baan
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Stefan Bogaerts
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	Erik Sikkens
Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC)	Jessica Wesselius
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)	Judith Kolk
Deskundigen kwaliteitsindicatoren	Annet Nugter (GGZ Noord Holland Noord) en Geertje Wintjes en Cindy Lubbers (FPC van Mesdag)

De uitvoerbaarheid en eenduidigheid van deze set zijn getest c.q. beoordeeld door:

- FPC Oostvaarderskliniek;
- FPC van Mesdag;
- PPC Amsterdam;
- PPC Vught;
- GGZ Noord Holland Noord (FPA en ambulante behandeling);
- FPA Vincent van Gogh;
- De Woenselse Poort (FPK en ambulante behandeling);
- De Waag;
- Verdihuis (RIBW);
- Trajectum;
- STEVIG.

De input die wij van hen hebben ontvangen heeft bijgedragen tot verduidelijking en verbetering van de toelichtingen en definities.

Tot stand gekomen in opdracht van de Directie Forensische Zorg (DForZo) van de Dienst Justitiële Inrichtingen aan het Expertisecentrum voor Forensische Psychiatrie.

De eindverantwoordelijkheid voor de totstandkoming lag bij de Stuurgroep Doorontwikkeling Forensische Prestatie-indicatoren 2015 bestaande uit Pauline Meurs (Erasmusuniversiteit), Goof van Gemert (directeur DForZo) en Joep Verbugt (voorzitter Forensisch Netwerk).

Het Forensisch Netwerk heeft juni 2014, de VGN juli 2014 en De Federatie Opvang en de RIBW-Alliantie hebben augustus 2014 ingestemd met deze set. DForZo heeft de set in september 2014 geaccordeerd.

## Inhoud

<b>0.</b>	<b>Verantwoording</b> .....	<b>5</b>
<b>1.</b>	<b>Voorwoord</b> .....	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Reikwijdte</b> .....	<b>5</b>
<b>3.</b>	<b>Uitgangspunten</b> .....	<b>5</b>
<b>4.</b>	<b>Routine Outcome Monitoring</b> .....	<b>6</b>
<b>6.</b>	<b>Normering</b> .....	<b>8</b>
<b>7.</b>	<b>Uniformiteit</b> .....	<b>8</b>
<b>8.</b>	<b>Aanlevering</b> .....	<b>8</b>
8.1	Setting waarover gerapporteerd moet worden .....	8
8.2	Behandeling en begeleiding .....	9
8.3	Cliënt of patiënt .....	9
8.4	Het Kwaliteitsinstituut .....	9
8.5	Verplichte indicatoren en normen per setting .....	9
<b>9.</b>	<b>Indicatoren verslagjaar 2015</b> .....	<b>13</b>

## **0. Verantwoording**

In oktober 2015 is de Kernset prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie voor het verslagjaar 2016 gepubliceerd. In deze kernset is een redactionele verbetering gemaakt. Uit verschillende reacties van degenen die verantwoordelijk zijn voor het invullen van de indicatoren hebben wij opgemaakt dat de gemaakte verbetering leidt tot meer eenduidigheid bij het invullen van de indicatoren. Omdat in de gids van 2015 de nieuwe afspraken met de ppc's nog niet waren opgenomen, is besloten een nieuwe gids uit te brengen waarin tegelijkertijd de verbetering uit 2016 is verwerkt. Wij hopen u met deze versie van de gids nog beter behulpzaam te zijn bij het invullen van de indicatoren.

## **1. Voorwoord**

Voor u ligt de Kernset prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie voor de forensische geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg (FGGZ/VZ) en zorg voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking, ten behoeve van de verantwoording over de kwaliteit van de forensische zorg over verslagjaar 2015.

De Kernset 2014 betrof de eerste set die tot stand is gekomen na beëindiging van het Programma Zichtbare Zorg (ZiZo) en die (evenals de set voor 2015) tot stand is gekomen in nauw overleg tussen DForZo en de belanghebbenden in het forensische zorgveld.

Het doel van DForZo is om de set zoveel als mogelijk te ontwikkelen in uitkomstindicatoren en aan de hand van de indicatoren de kwaliteit van zorg door de forensische zorgaanbieders te beoordelen, mede ten behoeve van het zorginkoopproces. De (door-)ontwikkeling van de prestatie-indicatoren vindt plaats in een voorbereidingsgroep onder projectleiding van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. In de voorbereidingsgroep zijn de brancheorganisaties, verschillende typen van forensische zorgaanbieders en relevante beroepsverenigingen vertegenwoordigd.

Zorgaanbieders kunnen de informatie gebruiken als stuurinformatie voor hun interne (kwaliteits-)beleid en -cyclus, cliëntenorganisaties voor belangenbehartiging en de inspecties bij hun toezichtstaak.

## **2. Reikwijdte**

Deze set is van toepassing op alle typen van forensische zorgaanbieders met een contract met DForZo. Niet alle indicatoren zijn relevant voor alle aanbieders, per indicator staat weergegeven voor welk type van zorgaanbieder deze relevant is. De indicatoren hebben alleen betrekking op patiënten met een forensische zorgtitel, waarbij de zorg gefinancierd wordt door DForZo, ook indien de zorgaanbieder patiënten behandelt en/of begeleidt die zorg ontvangen in een niet-strafrechtelijk kader. Als bijvoorbeeld gevraagd wordt naar 'het totaal aantal patiënten in behandeling/begeleiding' dan wordt bedoeld 'het totaal aantal patiënten met zorg in een strafrechtelijk kader dat in behandeling dan wel begeleiding was'. Dit geldt ook voor zorgaanbieders die patiënten met en zonder strafrechtelijke titel binnen eenzelfde afdeling behandelen.

De IGZ heeft geparticipeerd in de totstandkoming van de voorliggende set prestatie-indicatoren.

## **3. Uitgangspunten**

Bij het selecteren en (door-)ontwikkelen van de indicatoren heeft de voorbereidingsgroep de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Zoveel mogelijk van procesindicator naar uitkomstindicator;
- de indicator moet betrekking hebben op de kwaliteit van zorg die een aanbieder levert;

- de indicator moet zoveel mogelijk vanuit bestaande registraties op te leveren zijn;
- een beperkte set aan indicatoren.

#### 4. Routine Outcome Monitoring

De Kernset prestatie-indicatoren 2015 bevat drie indicatoren die betrekking hebben op Routine Outcome Monitoring (ROM), te weten:

- Het op systematische wijze meten van de ernst van de problematiek bij patiënten;
- het op systematische wijze meten van het recidiverisico;
- het meten van de verandering van het recidiverisico.

Deze indicatoren gelden alleen voor de behandelsettings, te weten de settings FPC, PPC, klinisch overige en ambulante behandeling. Voor ambulante behandeling geldt dat er in 2015 nog geen verplicht voorgeschreven risicotaxatie-instrumenten zijn en om die reden ook indicator 4 niet hoeft te worden aangeleverd. Voor indicator 3 kan een risicotaxatie-instrument, in de setting ambulante behandeling, naar keuze worden gebruikt. Bij het operationaliseren van de drie indicatoren is getracht zoveel mogelijk aan te sluiten bij de ROM-systematiek in de reguliere ggz.

De uitwerking van de prestatie-indicatoren over ROM sluit aan bij de besluitvorming door het Forensisch Netwerk over de aangewezen ROM-instrumenten. Voor de Penitentiair Psychiatrische Centra (ppc's) gelden vooralsnog afwijkende instrumenten. De bedoeling is dat per 2018 de gehele sector aan de hand van dezelfde instrumenten meet. Het meetinstrument van toepassing voor de ppc's is opgenomen bij de desbetreffende indicatoren.

Voor indicator 1, het op systematische wijze meten van de ernst van de problematiek bij patiënten, dienen de settings FPC, klinisch overig en ambulante behandeling te meten met één van de volgende instrumenten:

- De HoNOS;
- De Mate7;
- De DROS.

Alle patiënten in alle behandelsettings dienen met één van deze instrumenten gemeten te worden, uitgezonderd de patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep verdiepingsdiagnostiek, persoonlijkheidsstoornissen of seksuele stoornissen wordt geopend. De keuze voor het instrument dat wordt gebruikt berust bij de behandelaar/instelling.

Voor indicator 3, het op systematische wijze meten van het recidiverisico, dienen de settings klinisch overig en FPC te meten met de HCR-20<sup>V3</sup> of de HKT-R. Voor indicator 4, het meten van de verandering van het recidiverisico, dienen de settings klinisch overig en FPC, de K-factoren uit de HKT-R toe te passen.

Ten aanzien van de meetmomenten en -frequentie is het volgende van belang:

In de ggz wordt voor de meetmomenten uitgegaan van minimaal een begin- en een eindmeting en bij langer durende behandelingen ook jaarlijkse tussenmetingen. Deze meetsystematiek is gevolgd bij indicator 1: het op systematische wijze meten van de ernst van de problematiek bij patiënten.

Bij indicator 3, het op systematische wijze meten van het recidiverisico, is een afwijkende systematiek gekozen. Besloten is om hier geen eindmeting te definiëren. Omdat er jaarlijks wordt gemeten zal er bij beëindiging van het zorgtraject, voor zover de jaarlijkse meting daadwerkelijk heeft plaatsgevonden, altijd een uitslag zijn van een gevalideerde en geldige risicotaxatie.

De patiënten waarover verantwoording moet worden afgelegd in een verslagjaar kunnen al voor dat verslagjaar gestart zijn met de behandeling. Afhankelijk van de periode na start behandeling waarbinnen gemeten moet zijn is de meetperiode 1 oktober 2014 - 1 oktober 2015 of 1 juli 2014 - 1 juli 2015. Dit betekent dat voor een aantal indicatoren een periode uit verslagjaar 2014 in 2015 wordt beschouwd. Door deze praktijk in de komende jaren voort te zetten kan de gehele patiëntenpopulatie worden betrokken.

Gelet op de hogere doorloopsnelheid van patiënten binnen een ppc zijn in overleg tussen DForZo en de ppc's een afwijkende meetfrequentie en afwijkende meetmomenten vastgesteld. Deze is bij de desbetreffende indicatoren te vinden.

## 5. Keuze voor te ontwikkelen indicatoren en ontwikkelagenda

De indicatoren zijn geclusterd op basis van de indeling:

- Effectiviteit van zorg:
  - Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek;
  - continuïteit van zorg na afloop van de strafrechtelijke titel;
  - het op systematische wijze meten van het recidiverisico;
  - het meten van de verandering van het recidiverisico;
  - recidive tijdens en na de strafrechtelijke titel;
  - voortijdige beëindiging van de behandel- of begeleidingsovereenkomst.
- Veiligheid:
  - Geweldsincidenten
- Patiëntervaring:
  - Patiëntervaring over de (voortgang van de) behandeling/begeleiding.

Voor het verslagjaar 2015 was de volgende ontwikkelagenda opgesteld:

### Normering:

Normering van de volgende indicatoren:

- Indicator 1: Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek bij patiënten
- Indicator 3: Het op systematische wijze meten van het recidiverisico

### Doorontwikkeling:

- Indicator 2: Continuïteit van zorg na afloop van de strafrechtelijke titel
- Indicator 5: Recidive tijdens en na de strafrechtelijke titel
- Indicator 6: Voortijdige beëindiging van de behandel- of begeleidingsovereenkomst
- Indicator 7: Geweldsincidenten

### Nieuwe indicatoren:

- Indicator 4: Het meten van de verandering van het recidiverisico
- Indicator 8: Patiëntervaring over de (voortgang van de) behandeling of begeleiding

Partijen zijn zich ervan bewust dat de geformuleerde indicatoren op onderdelen nog verder doorontwikkeld moeten worden.

## 6. Normering

Bij het vaststellen van prestatie-indicatoren en de wens om instellingen hiermee met elkaar te kunnen vergelijken hoort ook een normering van indicatoren: in welke mate wordt de indicator aangeleverd en hoe verhouden de scores van vergelijkbare instellingen zich tot elkaar.

De Voorbereidingsgroep had als opdracht om voor een aantal indicatoren normen voor te stellen voor verslagjaar 2014 en 2015. Deze normen worden door DForZo gebruikt in het zorginkoopproces en aan het niet behalen ervan worden financiële consequenties verbonden.

Voor verslagjaar 2014 en 2015 is normering ontwikkeld voor de volgende indicatoren:

- Indicator 1.1 Beginmeting: Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek bij patiënten
- Indicator 3.1 Beginmeting: Het op systematische wijze meten van het recidiverisico

Omdat deze indicatoren op procesniveau zijn beschreven is ook de normering voorgesteld op basis van procesnormen. De normering voor 2014 is bekendgemaakt door DForZo en GGZ Nederland in juli 2014. De normering voor 2015 staat per indicator opgenomen in deze indicatoren-gids en in de inkoopdocumenten 2015 ([www.forensischezorg.nl](http://www.forensischezorg.nl)).

In de loop van 2014 heeft het Forensisch Netwerk een uitspraak gedaan over de instrumenten ten behoeve van indicator 1, 3 en 4. Deze zijn voor registratiejaar 2015 de verplicht te hanteren instrumenten.

Voor het verslagjaar 2015 gelden de volgende voorgeschreven instrumenten:

- Indicator 1: het meten met de HoNOS of de Mate7 of de DROS met uitzondering van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, patiënten met een seksuele stoornis en verdiepingsdiagnostiek.
- Indicator 3: Voor alle klinisch opgenomen patiënten jaarlijks meten met de HCR-20 V3 of de HKT-R.
- Indicator 4: Voor alle klinisch opgenomen patiënten jaarlijkse afname van de K-factoren uit de HKT-R.

Bij het vaststellen van de normering is rekening gehouden met het feit dat 2015 voor een aantal zorgaanbieders het eerste jaar is dat er gewerkt moet worden met de verplicht gestelde instrumenten. De normering voor 2015 staat bij opgenomen in paragraaf 8.5.

Deze indicatoren zijn niet van toepassing voor de RIBW, FO en ambulante begeleiding.

## 7. Uniformiteit

Om de uniformiteit van de uitkomsten van de indicatoren te bevorderen zijn met ingang van verslagjaar 2015 waar mogelijk aanwijzingen opgenomen voor het genereren van indicatoren vanuit de DBBC-systematiek. Vanuit de ZZP-systematiek is het niet mogelijk gebleken op deze wijze de vergelijkbaarheid te vergroten. Daarnaast is de 'stap-voor-stap' toelichting per indicator uitgebreid.

## 8. Aanlevering

De indicatoren dienen te worden aangeleverd via het portaal van DForZo. In de inkoophandleiding Forensische Zorg 2015 en op de website [www.forensischezorg.nl](http://www.forensischezorg.nl) is hierover meer informatie te vinden.

### **8.1 Setting waarover gerapporteerd moet worden**

De indicatorenset hanteert een indeling van de volgende settings:

- FPC;
- PPC;



- Klinisch overig, dit betreft: FPK/FVK, FPA/FVA, SGLVG(+) en reguliere ggz;
- Ambulante behandeling;
- RIBW en FO-instellingen en ambulante begeleiding.

Indien uw zorginstelling meerdere typen zorg levert aan patiënten met een forensische zorgtitel (bijvoorbeeld klinisch overig, ambulante behandeling en beschermd wonen), dan is registratie van de prestatie-indicatoren over de twee typen zorg met de grootste contractwaarde verplicht. Over andere type(n) van zorg hoeft u niet te registreren en aan te leveren.

Voor verslagjaar 2015 betekent dit dat definitief duidelijk wordt over de aan te leveren typen zorg na het formaliseren van de contracten (voorjaar 2015). Op basis van uw offerte kunt u voor die tijd al inschatten over welke typen zorg u de registratie van prestatie-indicatoren dient bij te houden.

Voor de fpc's en ppc's geldt dat zij zich per definitie over de geleverde zorg moeten verantwoorden aan de hand van de prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie. Let op: voor niet-justitiële fpc's, die zowel zorg leveren (eerste opnames) aan tbs met dwangverpleging, als aan patiënten met andere strafrechtelijke titels (overige forensische zorg), geldt dat dit wordt beschouwd als twee typen van zorg. Voor de tbs-gestelden in de instelling geldt de set fpc, voor de andere forensische patiënten geldt de set klinisch overig.

Voor het berekenen van de tellers en de noemers van de indicatoren dienen alleen de patiënten met een forensische zorgtitel te worden beschouwd.

Patiënten die gedurende het verslagjaar tijdens de behandeling/begeleiding komen te overlijden tellen niet mee voor de berekening van de indicatoren en dienen ook niet gerapporteerd te worden in de tellers/noemers.

### **8.2 Behandeling en begeleiding**

De Voorbereidingsgroep heeft bij het opstellen van de definities gelet op eenduidig taalgebruik. Omdat deze set zowel op de klinische als de ambulante settings van toepassing is, wordt zoveel mogelijk gesproken over behandeling. In de klinische settings wordt hiermee (ook) 'opname' of 'verblijf' bedoeld. Daar waar het RIBW, FO-instellingen en/of ambulante begeleiding betreft wordt gesproken over begeleiding.

### **8.3 Cliënt of patiënt**

Er is binnen de (forensische) ggz altijd veel discussie over de vraag of gesproken moet worden van cliënten of patiënten. In deze indicatorenengids is gekozen voor de term 'patiënten'.

### **8.4 Het Kwaliteitsinstituut**

Na aanlevering wordt de zorgaanbieder gevraagd de data te autoriseren voor doorlevering aan DJI en het Kwaliteitsinstituut. Met de komst van het Kwaliteitsinstituut worden de kwaliteitsgegevens niet meer doorgeleverd aan DigiMV waardoor de acties ten behoeve van de controle en het accorderen van de gegevens op jaarverslagenzorg.nl komt te vervallen.

### **8.5 Verplichte indicatoren en normen per setting**

#### **FPC**

##### Verplichte indicatoren:

Indicator 1. Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek bij patiënten

Indicator 3. Het op systematische wijze meten van het recidiverisico

- Indicator 4. Het meten van de verandering van het recidiverisico
- Indicator 5. Recidive tijdens en na de strafrechtelijke titel
- Indicator 7. Geweldsincidenten
- Indicator 8. Patiëntervaring over de (voortgang van de) behandeling/begeleiding

Voorgeschreven instrumenten:

- Indicator 1. HoNOS, Mate7 of DROS.
- Indicator 3. HCR-20<sup>V3</sup> of HKT-R
- Indicator 4. K-factoren van de HKT-R

Normering:

- Indicator 1.1 Beginmeting: 25%
- Indicator 3.1 Beginmeting: 70%

**PPC**

Verplichte indicatoren:

- Indicator 1. Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek bij patiënten
- Indicator 2. Continuïteit van zorg na afloop van de strafrechtelijke titel
- Indicator 3. Het op systematische wijze meten van het recidiverisico
- Indicator 4. Het meten van de verandering van het recidiverisico
- Indicator 5. Recidive tijdens en na de strafrechtelijke titel
- Indicator 7. Geweldsincidenten
- Indicator 8. Patiëntervaring over de (voortgang van de) behandeling/begeleiding

Voorgeschreven instrumenten:

- Indicator 1. Met de PPC's is afwijkend instrumentarium afgesproken. Tot 1 januari 2018 kunnen zij gebruik maken van BPRS.
- Indicator 3. HCR-20<sup>V3</sup> of HKT-R
- Indicator 4. K-factoren van de HKT-R

Normering:

- Indicator 1.1 Beginmeting: 25%
- Indicator 3.1 Beginmeting: 35%

De meetperiode voor ppc's is voor alle indicatoren 1 januari 2015 tot 1 januari 2016.

## **Klinische zorg overig**

### Verplichte indicatoren:

- Indicator 1. Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek bij patiënten
- Indicator 2. Continuïteit van zorg na afloop van de strafrechtelijke titel
- Indicator 3. Het op systematische wijze meten van het recidiverisico
- Indicator 4. Het meten van de verandering van het recidiverisico
- Indicator 5. Recidive tijdens en na de strafrechtelijke titel
- Indicator 6. Voortijdige beëindiging van de behandel- of begeleidingsovereenkomst
- Indicator 7. Geweldsincidenten
- Indicator 8. Patiëntervaring over de (voortgang van de) behandeling/begeleiding

### Voorgeschreven instrumenten:

- Indicator 1. HoNOS, Mate7 of DROS.
- Indicator 3. HCR-20<sup>V3</sup> of HKT-R
- Indicator 4. K-factoren van de HKT-R

### Normering:

- Indicator 1.1 Beginmeting: 25%
- Indicator 3.1 Beginmeting: 35%

## **Ambulante behandeling**

### Verplichte indicatoren:

- Indicator 1. Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek bij patiënten
- Indicator 2. Continuïteit van zorg na afloop van de strafrechtelijke titel
- Indicator 3. Het op systematische wijze meten van het recidiverisico
- Indicator 5. Recidive tijdens en na de strafrechtelijke titel
- Indicator 6. Voortijdige beëindiging van de behandel- of begeleidingsovereenkomst
- Indicator 8. Patiëntervaring over de (voortgang van de) behandeling/begeleiding

### Voorgeschreven instrumenten:

- Indicator 1. HoNOS, Mate7 of DROS.
- Indicator 3. Geen

### Normering:

- Indicator 1.1 Beginmeting: 25%

Indicator 3.1 Beginmeting: 35%

**RIBW, FO-instellingen en ambulante begeleiding**

Verplichte indicatoren:

Indicator 2. Continuïteit van zorg na afloop van de strafrechtelijke titel

Indicator 5. Recidive tijdens en na de strafrechtelijke titel

Indicator 6. Voortijdige beëindiging van de behandel- of begeleidingsovereenkomst

Indicator 8. Patiëntervaring over de (voortgang van de) behandeling/begeleiding

Voorgeschreven instrumenten

n.v.t.

Normering:

n.v.t.

## 9. Indicatoren verslagjaar 2015

### Indicator 1: Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek bij patiënten

**Onderbouwing** Verandering van de ernst van de problematiek is een centrale maat voor het effect van de behandeling. De meetresultaten van herhaalde metingen kunnen (onder andere) gebruikt worden bij de indicatiestelling, voor de evaluatie van de behandeling, bij de afstemming over de patiënt in een teamoverleg of in het overleg met de zorginkoper.

Voor een oordeel met betrekking tot de kwaliteit van zorg volstaat op dit moment het inzichtelijk maken van het aantal patiënten waarbij deze verandering stelselmatig en tijdig wordt gemeten.

Uitgangspunt is dat bij elke patiënt die voor minimaal 3 maanden in behandeling wordt genomen een beginmeting wordt gedaan. Als een patiënt langer dan 6 maanden in behandeling is (geweest) dient er een herhaalmeting c.q. een eindmeting te worden uitgevoerd. Voor patiënten die langer dan een jaar in behandeling zijn geldt bovendien dat er een jaarlijkse meting plaatsvindt.

Samengevat:

- Er moet een beginmeting zijn als een patiënt 3 maanden en 1 dag in behandeling is;
- er moet een eindmeting zijn als een patiënt langer dan 6 maanden en 1 dag in behandeling was;
- Er moet een jaarlijkse meting zijn als een patiënt langer dan een jaar in behandeling was.

Gelet op de doorloopsnelheid van de patiënten van een PPC geldt voor hen een andere (hogere) frequentie: zie hiervoor de beschrijving van de indicator.

**Wijziging** Voor verslagjaar 2015 zijn de te gebruiken meetinstrumenten verplicht voorgeschreven. De patiënten waarover verantwoording moet worden afgelegd in een verslagjaar kunnen al voor dat verslagjaar gestart zijn met de behandeling. Afhankelijk van de periode na start behandeling waarbinnen gemeten moet zijn is de meetperiode 1 oktober 2014/ 1 oktober 2015.

Voor de beginmetingen worden de patiënten beschouwd die in behandeling zijn genomen tussen **1 oktober 2014 en 1 oktober 2015**. Dit betekent dat de meting nog kan hebben plaatsgevonden in het voorafgaande registratiejaar (2014).

DBBC-hoofdgroep	Instrument
Algemeen	HoNOS
LVB (ook in combinatie met persoonlijkheidsstoornissen)	DROS
Verslaving	Mate7

### **Beschrijving**

*FPC*

*Klinisch overig  
Ambulante  
behandeling*

#### Indicator 1.1: Beginmeting

Het aantal patiënten bij wie binnen drie maanden na start behandeling aantoonbaar een beginmeting is gedaan van de ernst van de problematiek met de HoNOS of de Mate7 of de DROS van alle patiënten die in het verslagjaar minimaal drie maanden en 1 dag in behandeling zijn. Dit betreft patiënten die gestart zijn met behandeling tussen 1 oktober 2014 en 1 oktober 2015.

*PPC* Het aantal patiënten bij wie binnen één week na start behandeling aantoonbaar een beginmeting is gedaan van de ernst van de aandoening met de BPRS van alle patiënten die in het verslagjaar zijn opgenomen. Dit betreft dus alle patiënten die gestart zijn met behandeling tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016.

Indicator 1.2: Systematisch meten

*FPC* Het aantal patiënten dat langer dan een jaar in behandeling is (geweest) en bij wie jaarlijks aantoonbaar de ernst van de problematiek is gemeten met hetzelfde meetinstrument als de beginmeting.  
*Klinisch overig*  
*Ambulante*  
*Behandeling*

*PPC* Het aantal patiënten dat langer dan 8 weken in behandeling is (geweest) en bij wie aantoonbaar binnen 8 weken na start behandeling de ernst van de problematiek is gemeten met hetzelfde meetinstrument als de beginmeting.

Indicator 1.3: Eindmeting

*FPC* Het aantal patiënten dat langer dan 6 maanden in behandeling is (geweest) en bij wie uiterlijk binnen 3 maanden voor ontslag een eindmeting is gedaan met hetzelfde meetinstrument als de beginmeting.  
*Klinisch overig*  
*Ambulante*  
*Behandeling*

*PPC* Het aantal patiënten dat langer dan twee weken in behandeling is (geweest) en bij wie uiterlijk binnen 1 week voor ontslag aantoonbaar een eindmeting is gedaan met hetzelfde instrument als de beginmeting. Indien de ontslagdatum onbekend is en er sprake is van plotselinge invrijheidstelling wordt de nameting, indien mogelijk, op de dag van de invrijheidsstelling gedaan.

## Indicator 1 stap voor stap

**Noemer 1.1**  
*Klinisch overig*  
*FPC*  
*Ambulante*  
*behandeling*

Het totaal aantal patiënten dat in het verslagjaar op enig moment meer dan drie maanden in behandeling was. Dit betreft patiënten voor wie de start van de behandeling plaatsvond tussen 1 oktober 2014 en 1 oktober 2015 en van wie de behandeling langer duurde dan 3 maanden.

**Stap 1.** Selecteer alle patiënten die tussen 1 oktober 2014 en 1 oktober 2015 zijn gestart met de behandeling.

**Stap 2.** Selecteer van deze patiënten alle patiënten die op enig moment meer dan 3 maanden in behandeling waren.

**Stap 3:** Excludeer de patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep persoonlijkheidsstoornissen, seksuele stoornissen en verdiepingsdiagnostiek is geopend.

*NB. De termijn van drie maanden start na het eerste behandelcontact.*

*PPC*

Het aantal patiënten dat in het verslagjaar (1 januari 2015 tot 1 januari 2016) is opgenomen.

*NB. Te interpreteren als: het totaal aantal nieuw opgenomen patiënten gedurende het verslagjaar.*

**Stap 1.** Selecteer alle patiënten die tussen 1 januari 2015 tot 1 januari 2016 zijn opgenomen in de ppc.

**Teller 1.1**  
*Klinisch overig*  
*FPC*  
*Ambulante*  
*behandeling*

Het aantal patiënten uit de noemer bij wie binnen 3 maanden na start behandeling aantoonbaar een beginmeting is gedaan met de HoNOS of de Mate7 of de DROS.

**Stap 1.** Neem de patiënten uit de noemer 1.1.

**Stap 2.** Selecteer van deze groep de patiënten bij wie binnen drie maanden na start behandeling een beginmeting is gedaan met één van de volgende instrumenten:

- HoNOS
- Mate7
- DROS

*PPC*

Het aantal patiënten uit de noemer bij wie binnen één week na start behandeling aantoonbaar een beginmeting is gedaan van de ernst van de aandoening met de BPRS.

**Stap 1.** Neem de patiënten uit de noemer 1.1.

**Stap 2.** Selecteer van deze groep de patiënten bij wie binnen één week na start behandeling een beginmeting is gedaan van de ernst van de aandoening met de BPRS.

**Noemer 1.2**  
*Klinisch overig*  
*FPC*  
*Ambulante*  
*behandeling*

Het totaal aantal patiënten dat gedurende het verslagjaar op enig moment langer dan een jaar bij de instelling in behandeling is.

**Stap 1.** Selecteer alle patiënten die in behandeling zijn tussen 1 oktober 2014 en 1 oktober 2015.

**Stap 2.** Selecteer hiervan de groep die op enig moment langer dan een jaar in behandeling is.

**Stap 3:** Excludeer de patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep persoonlijkheidsstoornissen, seksuele stoornissen en verdiepingsdiagnostiek is geopend.

*PPC*

Het aantal patiënten dat gedurende het verslagjaar op enig moment langer dan 8 weken in behandeling was. *Te interpreteren als het totaal aantal nieuwe patiënten in het verslagjaar, plus de patiënten die eind 2014 (opnamedatum vanaf 6 november 2014) zijn opgenomen en die in 2015 langer dan 8 weken in behandeling zijn geweest.*

**Stap 1.** Selecteer alle patiënten die in het verslagjaar in behandeling zijn geweest bij de ppc.

**Stap 2.** Selecteer hiervan de groep die op enig moment langer dan 8 weken in behandeling was.

**Teller 1.2**

*Klinisch overig*

*FPC*

*Ambulante  
behandeling*

Het aantal patiënten uit de noemer bij wie in het verslagjaar aantoonbaar de ernst van de problematiek is gemeten met hetzelfde meetinstrument als de beginmeting.

**Stap 1.** Neem de patiënten uit de noemer 1.2.

**Stap 2.** Selecteer hiervan de patiënten bij wie de ernst van de problematiek is gemeten tussen 1 oktober 2014 en 1 oktober 2015 met hetzelfde instrument als bij indicator 1.1, te weten één van de volgende instrumenten:

- HoNOS
- Mate7
- DROS

*PPC*

Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen 8 weken na start behandeling aantoonbaar de ernst van de problematiek is gemeten met hetzelfde meetinstrument als de beginmeting.

**Stap 1.** Neem de patiënten uit de noemer 1.2.

**Stap 2.** Selecteer hiervan de patiënten bij wie binnen 8 weken na start behandeling de ernst van de problematiek is gemeten met hetzelfde instrument als gemeten bij indicator 1.1, te weten de BPRS.

**Noemer 1.3**

*Klinisch overig*

*FPC*

*Ambulante  
behandeling*

Het aantal patiënten dat tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016 is ontslagen en van wie de behandeling langer dan 6 maanden duurde.

**Stap 1.** Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016 zijn ontslagen uit de instelling.

**Stap 2.** Selecteer hiervan de patiënten van wie de behandeling meer dan 6 maanden duurde.

**Stap 3:** Excludeer de patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep persoonlijkheidsstoornissen, seksuele stoornissen en verdiepingsdiagnostiek is geopend.

*PPC*

Het aantal patiënten dat gedurende het verslagjaar is ontslagen en langer dan twee weken in behandeling was/is geweest.

**Stap 1.** Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016 zijn ontslagen uit de ppc.

**Stap 2.** Selecteer hiervan de patiënten die langer dan 2 weken in behandeling waren in de ppc.

**Teller 1.3**

*Klinisch overig*

*FPC*

*Ambulante  
behandeling*

Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar uiterlijk binnen 3 maanden voor ontslag een eindmeting is gedaan met hetzelfde meetinstrument als de beginmeting.

**Stap 1.** Neem de patiënten uit de noemer 1.3.

**Stap 2.** Selecteer hiervan de patiënten bij wie uiterlijk binnen 3 maanden voor ontslag een eindmeting is gedaan met hetzelfde meetinstrument als bij indicator 1.1, te weten één van de volgende instrumenten:

- HoNOS
- Mate7
- DROS

*PPC*

Het aantal patiënten uit de noemer bij wie uiterlijk binnen 1 week voor ontslag aantoonbaar een eindmeting is gedaan met hetzelfde instrument als bij de beginmeting.



**Stap 1.** Neem de patiënten uit de noemer 1.3.

**Stap 2.** Selecteer hiervan de patiënten bij wie uiterlijk binnen 1 week voor ontslag een eindmeting is gedaan met hetzelfde instrument als bij indicator 1.1, te weten de BPRS.

*NB: Indien de ontslagdatum onbekend is en er sprake is van plotselinge invrijheidstelling wordt de nameting, indien mogelijk, op de dag zelf gedaan.*

## **Exclusie**

Indicator heeft geen betrekking op de volgende settingen:

\* Settingen RIBW, FO en ambulante begeleiding

Voor de settingen FPC, klinisch overig en ambulante behandeling worden de volgende groepen geëxcludeerd:

- \* Patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep verdiepingsdiagnostiek is geopend
- \* Patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep persoonlijkheidsstoornissen is geopend
- \* Patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep seksuele stoornissen is geopend

Deze exclusie geldt niet voor de ppc's, dus alle patiënten binnen de ppc's worden gemeten.

## **Definities en operationalisaties**

### *Algemeen*

- \* Met het aantoonbaar meten van de ernst van de problematiek wordt bedoeld: vastgelegd in het zorgdossier.
- \* Periodiek of jaarlijks meten: tussen twee metingen mogen maximaal 365 dagen verstreken zijn.
- \* Verdiepingsdiagnostiek is, naast de voorgenomen indicatiestelling, ook een manier om een patiënt naar forensische zorg te leiden zonder dat er sprake is van een strafrechtelijke titel. Verdiepingsdiagnostiek wordt ingezet bij verdachten bij wie aanwijzingen zijn voor psychische problemen, verslavingsproblematiek, een verstandelijke beperking of een combinatie daarvan.
- \* Met hetzelfde instrument als de beginmeting: ROM veronderstelt het vergelijken van 2 metingen. Om deze vergelijking mogelijk maken is het noodzakelijk dat met hetzelfde instrument wordt gemeten.
- \* Drie maanden wordt geoperationaliseerd als 92 dagen, 6 maanden is geoperationaliseerd als 183 dagen.
- \* Omdat het voor kan komen dat er binnen de organisatie patiënten zijn die intern overgaan van DBC naar DBBC worden ook metingen afgenomen 3 maanden voor start behandeling meegeteld als eerste meting.
- \* Patiënten die binnen eenzelfde instelling in één jaar behandeling binnen het strafrechtelijk kader in verschillende settingen ontvangen (bijvoorbeeld van TBS-titel naar OFZ-titel) dienen in beide settingen te worden geregistreerd. Ook hier geldt dat de eindmeting in de ene setting tevens geldt als startmeting in de volgende setting.
- \* Indien de strafrechtelijke titel eindigt en dezelfde instelling de vervolgzorg aanbiedt dient er toch een eindmeting te worden gedaan.
- \* Indien een patiënt (bijvoorbeeld wegens crisis) tijdelijk wordt uitgeplaatst naar een andere zorgverlener en dit in onderaannemerschap gebeurt blijft de instelling waar de patiënt oorspronkelijk verbleef verantwoordelijk voor het tijdig en juist uitvoeren van de metingen.

### *Klinisch overig FPC, PPC*

- \* Onder 'start behandeling' wordt voor de klinische setting verstaan: de dag van opname.
- \* Onder einde behandeling wordt verstaan de laatste opnamedag.

*Ambulante begeleiding* \* Onder 'start behandeling' wordt voor de ambulante setting verstaan: het eerste behandelcontact na de opening van een DBBC.  
\* Onder einde behandeling wordt verstaan het laatste behandelcontact.

*FPC* \* Onder het aantal patiënten dat gedurende het jaar in behandeling is wordt voor de fpc's verstaan de patiënten tot en met transmuraal verlof.  
\* Voor fpc's geldt hier dat er sprake is van 'ontslag' of 'einde behandeling' indien er sprake is van proefverlof, dan wel voorwaardelijke beëindiging van de maatregel. Ontslag wordt hier anders gedefinieerd dan bij indicator 3 (meten van het recidiverisico), omdat de fpc ook tijdens proefverlof verantwoordelijk is voor een geldige risicotaxatie (bijvoorbeeld ten behoeve van een verlengingszitting).

#### **Nadere omschrijving DBBC-systematiek**

De start van de behandeling voor de klinische setting is af te leiden door naar eerste verblijfsdag te kijken die bij de initiële DBBC hoort. De verblijfsdag en de DBBC zijn aan elkaar gekoppeld met eenzelfde DBBC-identificatienummer. Een initiële DBBC is te herkennen aan een zorgtype dat met een '1' begint. De verblijfsdag met de 'oudste' verblijfsdag-activiteitendatum die gekoppeld is aan de initiële DBBC is de eerste opnamedag en daarmee de start behandeling.

De start van de behandeling voor de ambulante setting is af te leiden door naar de datum van eerste activiteit te kijken die bij de initiële DBBC hoort. Het gaat hier om een activiteit met de oudste tijdschrijven-activiteitendatum.

#### **Mogelijke bronnen**

DBBC-registratie, MITS, ROM-database, User, EPD en dossier

**Normering** Voor deze indicator worden door DForZo in 2015 de volgende normen gehanteerd:

*FPC, PPC* Geldige en tijdige beginmeting: 25%  
*Klinisch overig*  
*Ambulante*  
*behandeling*

## **Indicator 2: Continuïteit van zorg na afloop van de strafrechtelijke titel**

**Onderbouwing** Kwalitatief goede zorg houdt niet op bij de muren van de organisatie en het einde van de strafrechtelijke titel. Van hulpverleners wordt verwacht dat zij een goed lopend ketentraject voor de patiënt organiseren. Ketenzorg gaat over de samenwerking tussen verschillende instituten en instellingen die betrokken zijn bij de zorg.

Voor DForZo geldt continuïteit van zorg na afloop van de strafrechtelijke titel als één van de speerpunten van haar beleid, dit ook in relatie tot de (aankomende) Wet Forensische Zorg en de Wet Verplichte GGZ. Onder continuïteit wordt begrepen een vloeiende overgang van forensische zorg in het kader van een strafrechtelijke titel, naar zorg in een niet strafrechtelijk kader. Deze overgang kan plaatsvinden zowel bij de zorgaanbieder zelf, als de titel eindigt tijdens het zorgtraject en de patiënt in behandeling/begeleiding blijft bij de aanbieder, als ook bij ontslag, wanneer de strafrechtelijke titel dan eindigt en de patiënt vervolgzorg krijgt (dient te krijgen) bij een andere aanbieder.

**Wijziging** Per 1 januari 2015 zal met onder andere de verwachte invoering van de Wet op de Langdurige Zorg een grote stelselherziening plaatsvinden waarbij verschuivingen in verantwoordelijkheden plaatsvinden tussen de uitvoerders van de AWBZ/WLZ, de WMO en de Zorgverzekeringswet. Op het moment van samenstelling van deze indicatoren zijn de gevolgen hiervan niet goed te overzien. Waar mogelijk zijn aanvullingen in de definities gedaan. Er wordt naar gestreefd om voor 1 januari 2015 eventuele aanpassingen als gevolg van deze stelselherziening te communiceren.

**Beschrijving** Indicator 2.1  
*PPC* Het aantal patiënten dat zorg voor rekening van de Zorgverzekeringswet dan wel de  
*Klinisch overig* AWBZ/WLZ dan wel de WMO nodig heeft na afloop van hun strafrechtelijke titel.  
*Ambulante*  
*behandeling* NB. De noodzaak voor vervolgzorg wordt bepaald door de behandelaar en in het  
*RIBW/* geval van een opvanginstelling of RIBW of ambulante begeleiding door de begeleidende  
*begeleiding* organisatie.

Indicator 2.2  
*PPC* Het aantal patiënten van alle patiënten die zorg voor rekening van de  
*Klinisch overig* Zorgverzekeringswet dan wel de AWBZ/WLZ dan wel de WMO nodig hebben na  
*Ambulante* afloop van hun strafrechtelijke titel en waarvoor op de datum van afloop van de  
*Behandeling* strafrechtelijke titel een verwijsbrief dan wel een CIZ-indicatie dan wel een  
*RIBW/* beschikking voor een WMO-maatwerkvoorziening is afgegeven, en/of met een  
*begeleiding* civielrechtelijke Rechterlijke Machtiging (RM) dan wel een In Bewaring Stelling (IBS)  
is afgegeven.  
NB. Het gaat hier om een daadwerkelijk afgegeven CIZ-indicatie en niet om een  
aangevraagde CIZ-indicatie. Ditzelfde geldt voor de beschikking voor een WMO-  
maatwerkvoorziening, de Rechterlijke Machtiging en de In Bewaringstelling.  
NB. Het gaat hier om het daadwerkelijk eindigen van een strafrechtelijke titel, niet om een  
overgang naar een andere titel.

## Indicator 2 stap voor stap

**Noemer 2.1**  
*PPC, Klinisch overig  
Ambulante behandeling  
RIBW/  
begeleiding*

Het aantal patiënten waarvan gedurende het verslagjaar de strafrechtelijke titel is geëindigd tijdens de behandeling bij de aanbieder of bij wie op het moment van uitstroom / bij ontslag de strafrechtelijke titel eindigt.

**Stap 1.** Selecteer de groep patiënten bij wie de strafrechtelijke titel is geëindigd tijdens de behandeling bij de aanbieder tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016.

**Stap 2.** Selecteer de groep patiënten bij wie tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016 de strafrechtelijke titel eindigt op het moment van ontslag bij de aanbieder.

**Stap 3.** Tel de patiënten van stap 1 en stap 2 bij elkaar op.

*NB: binnen de DBBC-systematiek gaat het om DBBC's met een einddatum die in het verslagjaar (1 januari 2015 tot 1 januari 2016) valt en sluitreden 6 'Reden van afsluiten door beëindiging strafrechtelijke titel' of sluitreden 7 'Reden voor afsluiten door onvoorzien beëindiging strafrechtelijke titel' hebben.*

**Teller 2.1**  
*PPC, Klinisch overig  
Ambulante behandeling  
RIBW/  
begeleiding*

Het aantal patiënten uit noemer 2.1 dat zorg voor rekening van de Zorgverzekeringswet dan wel de AWBZ/WLZ dan wel de WMO nodig heeft na afloop van hun strafrechtelijke titel.

**Stap 1.** Neem de patiënten uit de noemer 2.1.

**Stap 2.** Selecteer hiervan de patiënten die vervolgzorg nodig hebben, voor rekening van de Zorgverzekeringswet/AWBZ/WLZ/WMO.

**Noemer 2.2**  
*PPC, klinisch overig,  
Ambulante behandeling  
RIBW/begeleiding*

Het aantal patiënten uit noemer 2.1 dat zorg voor rekening van de Zorgverzekeringswet dan wel de AWBZ/WLZ dan wel de WMO nodig hebben na afloop van hun strafrechtelijke titel.

**Teller 2.2**  
*PPC, klinisch overig  
ambulante behandeling  
RIBW/  
begeleiding*

Het aantal patiënten uit de noemer waarvoor op de datum van afloop van de strafrechtelijke titel het juiste verwijstype is geregeld (zie tabel onder definities) en/of een civielrechtelijke Rechterlijke Machtiging (RM) dan wel een In Bewaring Stelling (IBS) is afgegeven.

**Stap 1.** Neem de patiënten uit de noemer 2.2.

**Stap 2.** Selecteer van deze groep de patiënten voor wie op de datum van afloop van de strafrechtelijke titel het juiste verwijstype is geregeld (zie de types in de tabel onder Definities en operationalisaties) of voor wie een RM of IBS is geregeld.

**Exclusie**

Indicator heeft geen betrekking op de volgende groepen/settings:

- \* Deze indicator hoeft niet aangeleverd te worden voor de setting FPC. Aangezien tbs-gestelden in het algemeen niet direct vanuit het fpc in vrijheid worden gesteld ligt de verantwoordelijkheid voor het regelen van vervolgzorg bij de beëindiging van de maatregel vaak bij een andere zorginstelling, namelijk waar betrokkene op dat moment verblijft.

### Definities en operationalisaties

\* Voor de vervolgzorg na beëindiging van de forensische zorgtitel gelden de volgende verwijstypes:

Zorgsoort	Verwijstype
Zorg ZVW	Verwijsbrief
Zorg volgens de WLZ	CIZ-indicatie
WMO	WMO-maatwerkvoorziening

\* Daar waar wordt gesproken over 'behandeling' en/of 'zorg' dient tevens te worden gelezen 'begeleiding'.

\*Onder beëindigen van de strafrechtelijke titel wordt verstaan het feit dat zorg in een strafrechtelijk kader eindigt. Hieronder wordt dus *niet* verstaan de overgang naar een andere strafrechtelijke titel.

\* Onder een verwijsbrief wordt mede verstaan een verwijzing middels een ontslagbrief of een overdrachtsbrief.

\*Onder zorg voor rekening van de Zorgverzekeringswet of AWBZ/WLZ of WMO wordt verstaan alle forensische of reguliere ggz welke niet wordt ingekocht door DForZo maar door de zorgverzekeraar, het zorgkantoor of de gemeenten zoals de ambulante of klinische ggz en verslavingszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg, beschermd wonen.

\* Preventief gehechten waarvan de straf wordt omgezet in de periode van voorlopige hechtenis blijven beschouwd als preventief gehecht.

#### **Nadere omschrijving DBBC-systematiek**

Gebruik voor het genereren van deze indicator afsluitreden 6 en 7 uit de DBBC-systematiek.

#### **Mogelijke bronnen**

DBBC-registratie, EPD, Tulp-GW en dossier

#### **Normering**

Voor het verslagjaar 2015 is deze indicator niet genormeerd door DForZo.

### **Indicator 3: Het op systematische wijze meten van het recidiverisico**

**Onderbouwing** In het Wetsvoorstel Forensische Zorg wordt het doel van de forensische zorg beschreven als 'het herstel van de forensische patiënt en vermindering van de kans op recidive ten behoeve van de veiligheid van de samenleving'. De inwerkingtreding van deze wet is voorzien voor 1 januari 2018. Deze doelen maken het essentieel in de forensische behandeling of begeleiding een inschatting te maken van het recidiverisico. Deze inschatting wordt gedaan aan de hand van een gestructureerde risicotaxatie.

**Wijziging** Voor verslagjaar 2015 zijn de te gebruiken meetinstrumenten verplicht voorgeschreven voor klinische patiënten. Voor de klinische settingen is jaarlijkse meting met de HCR-V3 of de HKT-R aan de orde. Voor ambulante settingen is geen sprake van een voorgeschreven meetinstrument, naar verwachting is dit in 2016 wel het geval.

De patiënten waarover verantwoording moet worden afgelegd in een verslagjaar kunnen al voor dat verslagjaar gestart zijn met de behandeling. Afhankelijk van de periode na start behandeling waarbinnen gemeten moet zijn is de meetperiode 1 oktober 2014 tot 1 oktober 2015 of 1 juli 2014 tot 1 juli 2015. De relevante periode is afhankelijk van de setting (zie verderop).

Gelet op de doorloopsnelheid van de patiënten van een PPC geldt voor hen een andere (hogere) frequentie. Zie hiervoor de beschrijving van de indicator.

#### **Beschrijving** **FPC**

##### Indicator 3.1: Beginmeting

Het aantal patiënten bij wie aantoonbaar binnen 6 maanden na in behandeling te zijn genomen een beginmeting is gedaan met de HCR-20<sup>V3</sup> of de HKT-R van alle patiënten die tussen 1 juli 2014 en 1 juli 2015 in behandeling zijn genomen en waarvan de verblijfsduur/behandelduur langer dan 6 maanden is.

Voor de FPC's geldt dat patiënten die gemeten worden voor 1 januari 2015, een meting met een andere versie van de HKT of HCR ook als geldige meting wordt beschouwd. Bij patiënten gemeten na 1 januari 2015, wordt alleen de meting aan de hand van de HCR-20<sup>V3</sup> en HKT-R als geldige meting beschouwd.

#### **PPC**

Het aantal patiënten bij wie aantoonbaar binnen 8 weken na opname de H-items en K-items van de HKT-R zijn afgenomen van alle patiënten die tussen 1 januari 2015 tot 1 januari 2016 in behandeling zijn genomen.

#### **Klinisch overig**

Het aantal patiënten bij wie aantoonbaar binnen 3 maanden na start behandeling een beginmeting is gedaan met de HCR-20<sup>V3</sup> of de HKT-R van alle patiënten die in behandeling zijn genomen tussen 1 oktober 2014 en 1 oktober 2015 en waarvan de verblijfsduur/behandelduur langer dan 3 maanden is.

#### **Ambulante behandeling**

Het aantal patiënten bij wie aantoonbaar binnen 3 maanden na start behandeling een beginmeting is gedaan met een risicotaxatie-instrument van alle patiënten die in behandeling zijn genomen tussen 1 oktober 2014 en 1 oktober 2015 en waarvan de verblijfsduur/behandelduur langer dan 3 maanden is.

##### Indicator 3.2: Systematisch meten

#### **FPC**

#### **Klinisch overig**

Het aantal patiënten bij wie aantoonbaar periodiek het recidiverisico is gemeten met de HCR-20<sup>V3</sup> of de HKT-R.

#### **PPC**

Het aantal patiënten bij wie aantoonbaar binnen 1 jaar na opname de H-items en de K-items van de HKT-R zijn afgenomen.

*Ambulante  
behandeling* Het aantal patiënten bij wie aantoonbaar periodiek het recidiverisico is  
gemeten met een risicotaxatie-instrument.

Indicator 3.3: Eindmeting

*PPC* Het aantal patiënten bij wie aantoonbaar binnen een week voor ontslag de T-items van de  
HKT-R zijn afgenomen. Indien er sprake is van plotselinge invrijheidsstelling wordt de  
eindmeting, indien mogelijk, op de dag zelf gedaan.

## Indicator 3 stap voor stap

### Noemer 3.1

*Klinisch overig  
Ambulante  
behandeling*

Het totaal aantal patiënten dat tussen 1 oktober 2014 en 1 oktober 2015 in behandeling is gekomen. Dit betreft uitsluitend patiënten die op enig moment langer dan 3 maanden in behandeling waren.

**Stap 1.** Selecteer alle patiënten die tussen 1 oktober 2014 en 1 oktober 2015 in behandeling zijn gekomen.

**Stap 2.** Selecteer de patiënten die op enig moment langer dan 3 maanden in behandeling waren.

*FPC*

Het totaal aantal patiënten dat tussen 1 juli 2014 en 1 juli 2015 in behandeling is gekomen. Dit betreft uitsluitend patiënten die op enig moment langer dan 6 maanden in behandeling waren.

**Stap 1.** Selecteer alle patiënten die tussen 1 juli 2014 en 1 juli 2015 in behandeling zijn gekomen.

**Stap 2.** Selecteer de patiënten die op enig moment langer dan 6 maanden in behandeling waren.

*PPC*

Het totaal aantal patiënten dat tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016 is opgenomen.

**Stap 1.** Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016 zijn opgenomen in de ppc.

### Teller 3.1

*Klinisch overig*

Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen 3 maanden na start behandeling een meting is gedaan met de HCR-20<sup>V3</sup> of de HKT-R en waarvan de behandeling meer dan 3 maanden duurde.

**Stap 1.** Neem de patiënten uit de noemer 3.1.

**Stap 2.** Selecteer de patiënten bij wie binnen 3 maanden na start behandeling een meting is gedaan met de HCR-20<sup>V3</sup> of de HKT-R.

*FPC*

Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen 6 maanden na start behandeling een meting is gedaan met de HCR-20<sup>V3</sup> of de HKT-R en waarvan de behandeling meer dan 6 maanden duurde.

**Stap 1.** Neem de patiënten uit noemer 3.1

**Stap 2.** Selecteer de patiënten bij wie binnen 6 maanden na start behandeling een meting is gedaan met de HCR-20<sup>V3</sup> of de HKT-R.

*PPC*

Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen 8 weken na opname de H-items en de K-items van de HKT-R zijn afgenomen.

**Stap 1.** Neem de patiënten uit noemer 3.1.

**Stap 2.** Selecteer de patiënten bij wie binnen 8 weken na opname de H-items en de K-items van de HKT-R zijn afgenomen.

*Ambulante  
Behandeling*

Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen 3 maanden na start behandeling een meting is gedaan met een risicotaxatie-instrument en waarvan de behandeling meer dan 3 maanden duurde.

**Stap 1.** Neem de patiënten uit de noemer 3.1.

**Stap 2.** Selecteer de patiënten bij wie binnen 3 maanden na start behandeling een meting is gedaan met een risicotaxatie-instrument.

### Noemer 3.2

Het totaal aantal patiënten dat gedurende het verslagjaar op enig moment langer dan 3 maanden in behandeling was.



<i>Klinisch overig Ambulante behandeling</i>	<p><b>Stap 1.</b> Selecteer alle patiënten die tussen 1 oktober 2014 en 1 oktober 2015 in behandeling waren.</p> <p><b>Stap 2.</b> Selecteer van deze groep alle patiënten bij wie de behandeling op enig moment langer dan 3 maanden duurde.</p>
<i>FPC</i>	<p><b>Stap 1.</b> Selecteer alle patiënten die tussen 1 juli 2014 en 1 juli 2015 in behandeling waren.</p> <p><b>Stap 2.</b> Selecteer van deze groep alle patiënten bij wie de behandeling op enig moment langer dan 3 maanden duurde.</p>
<i>PPC</i>	<p>Het totaal aantal patiënten dat in het verslagjaar op enig moment langer dan 1 jaar was opgenomen.</p> <p><b>Stap 1.</b> Selecteer alle patiënten die tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016 in behandeling zijn geweest.</p> <p><b>Stap 2.</b> Selecteer hiervan de patiënten die op enig moment langer dan 1 jaar zijn opgenomen.</p>
<b>Teller 3.2</b> <i>Klinisch overig</i>	<p>Het aantal patiënten uit de noemer voor wie aantoonbaar een geldige risicotaxatie met de HCR-20<sup>V3</sup> of de HKT-R aanwezig is.</p> <p><b>Stap 1.</b> Neem de patiënten uit de noemer 3.2.</p> <p><b>Stap 2.</b> Selecteer hiervan de patiënten bij wie een geldige risicotaxatie met de HCR-20<sup>V3</sup> of de HKT-R aanwezig is.</p>
<i>FPC</i>	<p><b>Stap 1.</b> Neem de patiënten uit de noemer 3.2.</p> <p><b>Stap 2.</b> Selecteer hiervan de patiënten bij wie een geldige risicotaxatie met de HCR-20<sup>V3</sup> of de HKT-R aanwezig is.</p>
<i>PPC</i>	<p>Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen 1 jaar na opname de H-items en de K-items van de HKT-R zijn afgenomen.</p> <p><b>Stap 1.</b> Neem de patiënten uit de noemer 3.2.</p> <p><b>Stap 2.</b> Selecteer hiervan de patiënten bij wie binnen 1 jaar na opname de H-items en de K-items van de HKT-R zijn afgenomen.</p>
<i>Ambulante behandeling</i>	<p>Het aantal patiënten uit de noemer voor wie aantoonbaar een geldige risicotaxatie met een risicotaxatie-instrument aanwezig is.</p> <p><b>Stap 1.</b> Neem de patiënten uit de noemer 3.2.</p> <p><b>Stap 2.</b> Selecteer hiervan de patiënten bij wie een geldige risicotaxatie met een risicotaxatie-instrument aanwezig is.</p>
<b>Noemer 3.3</b> <i>PPC</i>	<p>Het aantal patiënten dat in het verslagjaar is ontslagen en niet horizontaal binnen GW is doorgeplaatst.</p> <p><b>Stap 1.</b> Selecteer het aantal patiënten dat tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016 is ontslagen.</p>
<b>Teller 3.3</b> <i>PPC</i>	<p>Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen een week voor ontslag de T-items van de HKT-R zijn afgenomen.</p> <p><b>Stap 1.</b> Neem de patiënten uit de noemer 3.3.</p> <p><b>Stap 2.</b> Selecteer hiervan de patiënten bij wie binnen een week voor ontslag de T-items van de HKT-R zijn afgenomen.</p>

*NB. Indien er sprake is van plotselinge invrijheidsstelling wordt de eindmeting, indien mogelijk, op de dag zelf gedaan.*

**Exclusie** Indicator heeft geen betrekking op de volgende groepen/settings:  
\* RIBW, FO en ambulante begeleiding

### **Definities en operationalisaties**

*Algemeen* \* Met het aantoonbaar meten van het recidiverisico wordt bedoeld: vastgelegd in het zorgdossier.  
\* Drie maanden wordt geoperationaliseerd als 92 dagen. Zes maanden wordt geoperationaliseerd als 183 dagen.  
\* De termijn van 'in behandeling zijn' start na eerste behandelcontact.  
\* Periodiek meten van het recidiverisico: De duur van de periode hangt samen met de geldigheidsduur van het meetinstrument. Indien een risicotaxatie 1 jaar geldig is dan dient bij 'periodiek' 'jaarlijks' te worden gelezen. Uitgangspunt is dat vanaf de beginmeting er gedurende de gehele behandelduur en op het moment van ontslag van de patiënt altijd een geldige risicotaxatie aantoonbaar aanwezig is.  
  
\* Bij het afnemen van de risicotaxatie wordt het gevaar op recidive beoordeeld wanneer de patiënt op moment van typeren/ afname zich in de maatschappij zou begeven.

*FPC* \* Voor de fpc's wordt onder het aantal patiënten dat gedurende het jaar in behandeling is verstaan de patiënten tot en met proefverlof.  
\* Voor de fpc's geldt bij deze indicator dat er sprake is van 'ontslag' of 'einde behandeling' indien er sprake is van voorwaardelijke of onvoorwaardelijke beëindiging van de behandeling. Ontslag wordt hier anders gedefinieerd dan bij indicator 1. De reden hiervoor is dat de fpc ook tijdens proefverlof verantwoordelijk is voor een geldige risicotaxatie (bijvoorbeeld ten behoeve van een verlengingszitting).

### **Mogelijke bronnen**

DBBC-registratie, MITS, EPD en dossier

**Normering** Voor de aanlevering van deze indicator worden door DForZo in 2015 de volgende normen gehanteerd:

*FPC* Geldige en tijdige beginmeting: 70%

*PPC* Geldige en tijdige beginmeting: 35%

*Klinisch overig  
Ambulante  
behandeling*

#### **Indicator 4: Het meten van de verandering van het recidiverisico**

**Onderbouwing** Om de verandering van het recidiverisico inzichtelijk te maken is besloten dat voor alle klinische patiënten een jaarlijkse afname van de K-factoren van de HKT-R zal plaatsvinden. Deze indicator is in eerste instantie als een procesindicator opgenomen, waarbij op termijn wordt gestreefd naar een uitkomstindicator. Voor verslagjaar 2015 zijn nog geen voorwaarden gesteld aan het meetmoment. Het is allereerst van belang dat voor alle patiënten die in 2015 op enig moment langer dan 3 maanden in behandeling waren een meting heeft plaatsgevonden.  
Voor verslagjaar 2016 zal dit verder worden uitgewerkt.

**Wijziging** Dit betreft een nieuwe indicator.

**Beschrijving** Indicator 4: Afname van de K-factoren van de HKT-R  
*FPC* Het aantal patiënten bij wie aantoonbaar in 2015 de K-factoren van de HKT-R  
*PPC* zijn afgenomen van alle patiënten die in 2015 in behandeling waren.  
*Klinisch overig*

## Indicator 4 stap voor stap

### Noemer 4.1

*Klinisch overig* Het totaal aantal patiënten dat in 2015 op enig moment langer dan 3 maanden in  
*FPC* behandeling was.

**Stap 1.** Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016 in behandeling waren.

**Stap 2.** Selecteer van deze groep de patiënten die op enig moment langer dan 3 maanden in behandeling waren.

*PPC*

Het totaal aantal patiënten dat tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016 is opgenomen.

**Stap 1.** Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016 zijn opgenomen in de ppc.

### Teller 4.1

*Klinisch overig* Het aantal patiënten uit noemer 4.1 bij wie aantoonbaar binnen 3 maanden na  
*FPC* start behandeling een meting is gedaan van de K-factoren van de HKT-R, afgenomen in 2015.

**Stap 1.** Neem de patiënten uit de noemer 4.1.

**Stap 2.** Selecteer hiervan de patiënten bij wie binnen 3 maanden na start behandeling een meting is gedaan van de K-factoren van de HKT-R.

*PPC*

Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen 8 weken na opname de K-items van de HKT-R zijn afgenomen.

**Stap 1.** Neem de patiënten uit de noemer 4.1

**Stap 2.** Selecteer hiervan de patiënten bij wie binnen 8 weken na opname de K-items van de HKT-R zijn afgenomen.

### Noemer 4.2

*PPC* Het aantal patiënten dat in het verslagjaar op enig moment langer dan 1 jaar was opgenomen.

**Stap 1.** Selecteer de patiënten die in het verslagjaar op enig moment langer dan 1 jaar zijn opgenomen.

### Teller 4.2

*PPC* Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen 1 jaar na opname de K-items van de HKT-R zijn afgenomen.

**Stap 1.** Neem de patiënten uit noemer 4.2.

**Stap 2.** Selecteer hiervan de patiënten bij wie binnen 1 jaar na opname de K-items van de HKT-R zijn afgenomen.

### Exclusie

Indicator heeft geen betrekking op de volgende groepen/settings:

\* Ambulante behandeling, RIBW, FO en ambulante begeleiding.

### Definities en operationalisaties

*Algemeen*

\* Met aantoonbaar meten van de K-factoren van de HKT-R wordt bedoeld: vastgelegd in het zorgdossier.

\* Drie maanden wordt geoperationaliseerd als 92 dagen.

\* Bij het afnemen van de K-factoren wordt het gevaar op recidive beoordeeld wanneer de patiënt op moment van typeren/afname zich in de maatschappij zou begeven.

**FPC**                   \* Voor de fpc's wordt onder het aantal patiënten dat gedurende het jaar in behandeling is verstaan de patiënten tot en met proefverlof.  
\* Voor de fpc's geldt bij deze indicator dat er sprake is van 'ontslag' of 'einde behandeling' indien er sprake is van voorwaardelijke of onvoorwaardelijke beëindiging van de behandeling. Ontslag wordt hier anders gedefinieerd dan bij indicator 1. De reden hiervoor is dat de fpc ook tijdens proefverlof verantwoordelijk is voor een geldige risicotaxatie (bijvoorbeeld ten behoeve van een verlengingszitting).

**Mogelijke bronnen**

DBBC-registratie, MITS, EPD en dossier

**Normering**

Voor het verslagjaar 2015 is deze indicator niet genormeerd door DForZo.

## **Indicator 5: Recidive tijdens en na afloop van de strafrechtelijke titel**

**Onderbouwing** De behandeling en begeleiding van patiënten binnen een strafrechtelijk kader heeft tot doel de kans op herhaling van het delict tot een aanvaardbaar risico te verminderen.

De voorbereidingsgroep is er voor 2015 nog niet geslaagd om tot een meer outputgerichte indicator te komen omdat volledig betrouwbare cijfers over recidive tijdens en na afloop van de strafrechtelijke titel nog niet beschikbaar zijn voor de zorgaanbieders.

De mogelijkheden voor een rechtstreekse terugkoppeling van strafrechtelijke gegevens vanuit Justitie richting de zorgaanbieder worden momenteel door DForZo onderzocht. In afwachting van de uitkomsten van deze pilot is de huidige procesindicator ten opzichte van verslagjaar 2014 ongewijzigd. Aangesloten is bij de uitkomsten van een expertmeeting over transparantie ten aanzien van recidive. Deze expertmeeting heeft opgeleverd dat de forensische zorgaanbieders vinden dat zij kunnen worden aangesproken op de mate van inspanning om de recidive tijdens de strafrechtelijke titel in beeld te brengen en te handelen naar de bevindingen.

Het verkrijgen van recidivecijfers na afloop van de strafrechtelijke titel is op dit moment nog niet gestructureerd mogelijk. Bij de uitvraag van deze indicator wil DForZo echter wel inventariseren wat de praktijk op dit moment is.

Er wordt in de registratie en aanlevering van deze indicator niet gevraagd naar het aantal recidives, maar of en hoe de zorginstelling recidives tijdens en na afloop van de strafrechtelijke titel in beeld brengt en hoe de zorginstelling met de informatie over recidive tijdens en na de strafrechtelijke titel omgaat.

**Wijziging** Geen wijziging.

<b>Beschrijving</b>	<p><u>Indicator 5.1:</u> Brengt uw organisatie de recidives tijdens de strafrechtelijke titel in beeld?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul> <p><u>Indicator 5.2:</u> Brengt uw organisatie de recidives na afloop van de strafrechtelijke titel in beeld?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul> <p><u>Indicator 5.3:</u> Hoe brengt uw organisatie de recidives tijdens de strafrechtelijke titel in beeld?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiligheidshuis</li> <li>• Politie</li> <li>• Reclassering</li> <li>• Patiënt zelf</li> <li>• (Sociale) netwerk patiënt</li> <li>• Anders, namelijk .....</li> </ul> <p><u>Indicator 5.4:</u> Hoe brengt uw organisatie de recidives na afloop van de strafrechtelijke titel in beeld?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiligheidshuis</li> <li>• Politie</li> <li>• Reclassering</li> <li>• Patiënt zelf</li> <li>• (Sociale) netwerk patiënt</li> <li>• Anders, namelijk .....</li> </ul> <p><u>Indicator 5.5:</u> Hoe past u de verkregen informatie met betrekking tot recidive tijdens de strafrechtelijke titel toe?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het bijstellen van individuele behandelingen/begeleidingen</li> <li>• Evaluatie van (onderdelen van) het behandelaanbod c.q. begeleidingsaanbod</li> <li>• Anders, namelijk.....</li> </ul> <p><u>Indicator 5.6:</u> Hoe past u de verkregen informatie met betrekking tot recidive na afloop van de strafrechtelijke titel toe?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het bijstellen van individuele behandelingen/begeleidingen</li> <li>• Evaluatie van (onderdelen van) het behandelaanbod c.q. begeleidingsaanbod</li> <li>• Anders, namelijk.....</li> </ul>
<b>Alle settingen</b>	
<b>Definities</b>	Onder recidive wordt voor verslagjaar 2015 elk hernieuwd contact met justitie/politie verstaan naar aanleiding van (verdenking van) een delict.
<b>Mogelijke bronnen</b>	User, MITS, Procesinformatie en beleid
<b>Normering</b>	Voor het verslagjaar 2015 wordt deze indicator niet genormeerd door DForZo.

## **Indicator 6: Voortijdige beëindiging van de behandel- of begeleidingsovereenkomst**

**Onderbouwing** Wanneer een forensische patiënt de behandeling of begeleiding op eigen initiatief eenzijdig beëindigt, onttrekt deze zich daarmee aan de behandeling of begeleiding en aan de voorwaarden die in het vonnis gesteld zijn. Het terugvalrisico wordt hierdoor groter. Dit geldt ook als de behandelaar of begeleider besluit om de behandel- of begeleidingsovereenkomst te beëindigen voor het einde van de strafrechtelijke titel omdat de patiënt langdurig niet is komen opdagen, niet meewerkt aan de behandeling/begeleiding en/of de voorwaarden overtreedt.

**Wijziging** De DBBC-handleiding is ten behoeve van het genereren van deze indicator aangepast, zodat zowel het voortijdig beëindigen op initiatief door de patiënt als voortijdige beëindiging door de behandelaar onder DBBC sluitreden 1 worden geregistreerd. Hiermee kan voor verslagjaar 2015 volstaan worden met één indicator. DForZo en het Forensisch Netwerk zijn in februari 2015 tot overeenstemming gekomen dat voor het genereren van deze indicator kan worden volstaan met afsluitreden 1 van de DBBC's. Men is zich ervan bewust dat deze meer informatie bevat dan alleen eenzijdige beëindiging maar beide partijen onderschrijven dat dit een goede indicator is van het begrip 'voortijdige beëindiging van de behandel- of begeleidingsovereenkomst'.

Gebleken is dat voortijdige beëindiging van de begeleidingsovereenkomst waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen beëindiging door de begeleider en beëindiging door de patiënt, niet voldoende valide uit de afsluitredenen van de ZZP's te halen is. Als gevolg hiervan moet deze indicator door de betreffende RIBW, FO en ambulante begeleidingsinstellingen separaat worden bijgehouden.

**Beschrijving** De indicator omvat het aantal eenzijdige beëindigingen (door zowel patiënt als de behandelaar/begeleider) dat zowel wordt afgezet tegen het aantal patiënten dat op enig moment in het verslagjaar in behandeling of begeleiding was als tegen het aantal ontslagen in het verslagjaar.

### Indicator 6: Voortijdige beëindiging door patiënt of behandelaar

*Klinisch overig*  
*Ambulante*  
*Behandeling*  
*RIBW/*  
*begeleiding*

Het aantal patiënten dat voor het einde van de strafrechtelijke titel eenzijdig (tegen het advies van de behandelaar of begeleider) zijn behandeling of begeleiding beëindigd heeft gedurende het verslagjaar en/of waarvan de behandelaar/begeleider voor het einde van de strafrechtelijke titel heeft besloten de behandeling of begeleiding te beëindigen omdat de patiënt zich niet heeft gehouden aan de gestelde voorwaarden.



## Indicator 6 stap voor stap

**Noemer 6.1** Het totaal aantal patiënten dat op enig moment gedurende het verslagjaar in behandeling of begeleiding was.  
*Klinisch overig*  
*Ambulante*  
*behandeling*  
*RIBW/begeleiding*

**Stap 1.** Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016 in behandeling of begeleiding waren.

**Teller 6.1** Het totaal aantal patiënten uit de noemer bij wie de patiënt eenzijdig tegen het advies van de behandelaar of begeleider in, de behandeling of begeleiding beëindigt of de behandelaar of begeleider gedurende het verslagjaar heeft besloten de behandeling of begeleiding voor het einde van de strafrechtelijke titel te beëindigen omdat de patiënt zich niet heeft gehouden aan de gestelde voorwaarden.  
*Klinisch overig*  
*Ambulante*  
*behandeling*  
*RIBW/*  
*begeleiding*

**Stap 1.** Neem de patiënten uit de noemer 6.1.

**Stap 2.** Selecteer hiervan de patiënten die eenzijdig, tegen het advies van de behandelaar of begeleider in, de behandeling/begeleiding hebben beëindigd tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016.

**Stap 3.** Selecteer van de noemer 6.1 de patiënten bij wie de behandelaar of begeleider tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016 heeft besloten voor het einde van de strafrechtelijke titel de behandeling of begeleiding te beëindigen omdat de patiënt zich niet heeft gehouden aan de gestelde voorwaarden.

**Stap 4.** Tel de patiënten uit stap 2 en 3 bij elkaar op.

**Noemer 6.2** Het totaal aantal patiënten van wie de behandeling of begeleiding gedurende het verslagjaar is afgesloten.  
*Klinisch overig*  
*Ambulante*  
*behandeling*  
*RIBW/*  
*begeleiding*

Voor de bepaling of sprake is van een afgesloten behandel- of begeleidingstraject wordt naar de einddatum van het zorgtraject gekeken.

**Stap 1.** Selecteer de patiënten van wie de behandeling of begeleiding tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016 is afgesloten.

**Teller 6.2** Het totaal aantal patiënten uit de noemer bij wie de patiënt eenzijdig tegen het advies van de behandelaar of begeleider in, de behandeling of begeleiding beëindigt of de behandelaar of begeleider gedurende het verslagjaar heeft besloten de behandeling of begeleiding voor het einde van de strafrechtelijke titel te beëindigen omdat de patiënt zich niet heeft gehouden aan de gestelde voorwaarden.  
*Klinisch overig*  
*Ambulante*  
*behandeling*  
*RIBW/*  
*begeleiding*

**Stap 1.** Neem de patiënten uit de noemer 6.2

**Stap 2.** Selecteer hiervan de patiënten die eenzijdig, tegen het advies van de behandelaar of begeleider in, de behandeling/begeleiding hebben beëindigd tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016.

**Stap 3.** Selecteer van de noemer 6.2 de patiënten bij wie de behandelaar of begeleider tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016 heeft besloten voor het einde van de strafrechtelijke titel de behandeling of begeleiding te beëindigen omdat de patiënt zich niet heeft gehouden aan de gestelde voorwaarden.

**Stap 4.** Tel de patiënten uit stap 2 en 3 bij elkaar op.

**Exclusie** Indicator heeft geen betrekking op de volgende settingen:  
\* FPC;  
\* PPC.

### **Nadere omschrijving DBBC-systematiek**

Ten aanzien van teller 6.1 en 6.2: Dit betreft patiënten die bij afsluiting DBBC vallen in de categorie “reden voor afsluiten bij de patiënt, niet bij de behandelaar”.

Onder sluitreden 1 vallen Patiënten die zijn verhuisd naar een andere regio, Patiënten die langdurige niet zijn komen opdagen en Patiënten die 365 dagen geen zorg hebben ontvangen. Alleen de middelste reden kan “tegen het advies van de behandelaar in” gebeuren.

Deze verkrijgingswijze is niet van toepassing op instellingen die niet op DBBC-grondslag worden gefinancierd.

### **Mogelijke bronnen**

MITS, DBBC-registratie en dossier.

### **Normering**

Voor het verslagjaar 2015 is deze indicator niet genormeerd door DForZo.

## Indicator 7: Geweldsincidenten

**Onderbouwing** Geweldsincidenten in de behandelsetting moeten zoveel mogelijk voorkomen worden. Het effectief behandelen van agressieve patiënten draagt bij aan het verminderen van de kans op geweldsincidenten.

Om als zorginstelling effectief iets tegen geweldsincidenten te doen dient het veiligheidsmanagement daarop gericht te zijn. Onderdeel van het veiligheidsmanagement vormt een cultuur waarin incidenten veilig gemeld kunnen worden zodat er van geleerd kan worden. Melding van incidenten wordt gezien als de belangrijkste bron om veiliger werken te realiseren.

**Wijziging** Naar aanleiding van een reactie in het veld is er een extra indicator toegevoegd. In de praktijk blijkt namelijk dat soms een klein aantal patiënten voor het grootste aandeel van de geweldsincidenten verantwoordelijk is. De extra indicator is bedoeld om dit gegeven in beeld te brengen.

In verslagjaar 2014 werd nog onderscheid gemaakt tussen geweldsincidenten tegen medepatiënten en/of naastbetrokkenen en geweldsincidenten tegen personeel. Omdat praktijktesten hebben uitgewezen dat dit onderscheid in de registraties niet of onvoldoende wordt vastgelegd worden in verslagjaar 2015 deze indicatoren samengevoegd.

Het patiëntveiligheidsprogramma *Veilige zorg, ieders zorg* heeft een uniforme hoofdclassificatie uitgewerkt voor de ggz-sector. De hoofdclassificatie is van toepassing op alle ggz-instellingen en bevat negen typen incidenten waarvan voor deze indicator de volgende van belang is:

- Agressie en grensoverschrijdend gedrag

Alleen die incidenten worden meegeteld die volgens de rapportagematrix als fataal, zeer ernstig of ernstig worden getypeerd.

In sommige sectoren wordt de rapportagematrix uit *Veilige zorg, ieders zorg*, niet gehanteerd. Voor deze instellingen geldt dat zij een vergelijkbare ernstmaat dienen te kiezen. Indien door de zorgaanbieder deze onderverdeling niet wordt gemaakt telt het totaal aantal gemelde incidenten.

**Beschrijving** Indicator 7.1: Geweldsincidenten tegen medepatiënten en/of naastbetrokkenen en/of personeel

*FPC*  
*PPC* Het aantal geweldsincidenten door patiënten tegen een andere patiënt en/of tegen zijn naastbetrokkenen (bezoekende familie/vrienden) en/of personeel binnen de klinische setting dat heeft geleid tot een beklagwaardige sanctie en/of aangifte bij de politie.

Indicator 7.2: Geweld tegen medepatiënten en/of naastbetrokkenen en/of personeel

*Klinisch overig* Het aantal gemelde geweldsincidenten dat betrekking heeft op agressie en grensoverschrijdend gedrag door patiënten binnen de klinische setting.

NB. Bij agressie en grensoverschrijdend gedrag gaat het om incidenten tegen een andere patiënt en/of tegen naastbetrokkenen (bezoekende familie/vrienden) en/of tegen personeel.

Het gaat hierbij om de incidenten vallend onder de typering fataal, zeer ernstig of ernstig. Indien door de zorgaanbieder deze onderverdeling niet wordt gemaakt telt het totaal aantal gemelde geweldsincidenten.

Indicator 7.3: Aandeel patiënten dat een geweldsincident heeft veroorzaakt.

FPC

PPC

*Klinisch overig*

Het aantal patiënten dat in het verslagjaar een geweldsincident heeft veroorzaakt.

## Indicator 7 stap voor stap

- Noemer 7.1**  
*FPC, PPC*
- Het totaal aantal patiënten dat gedurende het verslagjaar op enig moment in behandeling of begeleiding is of is geweest bij de zorgaanbieder. Dit betreft ook de patiënten waarvan de behandeling of begeleiding nog doorloopt in 2016.
- Stap 1.** Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016 in behandeling of begeleiding zijn of zijn geweest.
- Teller 7.1**  
*FPC, PPC*
- Het aantal geweldsincidenten door patiënten tegen patiënten en/of tegen naastbetrokkenen (bezoekende familie/vrienden) en/of tegen personeel binnen de klinische setting dat heeft geleid tot een beklagwaardige sanctie en/of aangifte bij de politie.
- Stap 1.** Selecteer het aantal geweldsincidenten gepleegd door patiënten, waarbij geweld plaatsvond tegen medepatiënten, naastbetrokkenen en/of personeel.
- Stap 2.** Selecteer hiervan de incidenten die hebben geleid tot een beklagwaardige sanctie en/of aangifte bij de politie.
- Noemer 7.2**  
*Klinisch overig*
- Het totaal aantal patiënten dat gedurende het verslagjaar op enig moment in behandeling of begeleiding is of is geweest bij de zorgaanbieder. Dit betreft ook de patiënten waarvan de behandeling of begeleiding nog doorloopt in 2016.
- Stap 1.** Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016 in behandeling of begeleiding zijn of zijn geweest.
- Teller 7.2**  
*Klinisch overig*
- Het aantal gemelde geweldsincidenten dat betrekking heeft op agressie en grensoverschrijdend gedrag door patiënten binnen de setting. Bij agressie en grensoverschrijdend gedrag gaat het om incidenten tegen een andere patiënt en/of tegen naastbetrokkenen (bezoekende familie/vrienden) en/of personeel.
- Stap 1.** Selecteer het aantal geweldsincidenten gepleegd door patiënten, waarbij geweld plaatsvond tegen medepatiënten, naastbetrokkenen en/of personeel.
- Noemer 7.3**  
*FPC, PPC, Klinisch overig*
- Het totaal aantal patiënten dat gedurende het verslagjaar op enig moment in behandeling of begeleiding is of is geweest bij de zorgaanbieder. Dit betreft ook de patiënten waarvan de behandeling of begeleiding nog doorloopt in 2016.
- Stap 1.** Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016 in behandeling of begeleiding zijn of zijn geweest.
- Teller 7.3**  
*FPC, PPC klinisch overig*
- Het aantal patiënten dat gedurende het verslagjaar een geweldsincident heeft veroorzaakt dat heeft geleid tot een beklagwaardige sanctie en/of aangifte bij de politie en/of is gemeld en dat betrekking heeft op agressie en grensoverschrijdend gedrag.
- Stap 1.** Selecteer het aantal geweldsincidenten dat tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2016 heeft plaatsgevonden.
- Stap 2.** Selecteer de geweldsincidenten die hebben geleid tot een beklagwaardige sanctie en/of aangifte bij de politie.
- Stap 3.** Bepaal het aantal patiënten dat deze geweldsincidenten heeft veroorzaakt.
- Exclusie**
- Indicator heeft geen betrekking op de volgende groepen/settings:
- \* Ambulante behandeling;
  - \* RIBW/ambulante begeleiding

N.B. De Federatie Opvang beraadt zich over de wijze waarop deze indicator met ingang verslagjaar 2016 ook op de RIBW van toepassing zou kunnen zijn.

### **Definities en operationalisaties**

- Algemeen*
- \* Onder geweldsincidenten wordt verstaan fysiek geweld gericht tegen personen, niet tegen goederen.
  - \* Indien bij een geweldsincident meerdere patiënten agressief/grensoverschrijdend gedrag laten zien, dan is sprake van meerdere incidenten (zoveel als het aantal patiënten dat dit gedrag liet zien).
  - \* Alleen die incidenten worden meegeteld die volgens de rapportagematrix als fataal, zeer ernstig of ernstig worden getypeerd.

### **Mogelijke bronnen**

MITS, VMS, TULP Dwang en Drang, TULP-GW, User, VIM-SYSTEEM, MIP

### **Normering**

Deze indicator wordt niet genormeerd door DForZo.

## **Indicator 8: Patiëntervaring over de (voortgang van de) behandeling/begeleiding**

**Onderbouwing** Patiëntervaring is binnen de ggz een belangrijk thema. Ook voor de forensische psychiatrie is dat een belangrijk thema. Het forensisch netwerk, en de daarbij aangesloten partijen, achten van het belang dat er inzicht komt in de mate waarin Patiëntervaring wordt gemeten en hoe dit wordt gebruikt door de aanbieders in de behandeling/begeleiding.

Het is de wens van de patiëntenorganisaties en de zorgaanbieders om, indien mogelijk, tot uniformering in de werkwijze te komen. Omdat dit een nieuwe indicator betreft bleek de ontwikkeltijd te kort om tot meetbare indicatoren te komen. Om die reden is besloten in 2015 een uitvraag te doen naar de gangbare praktijk.

**Wijziging** Dit betreft een nieuwe indicator.

**Beschrijving** De indicator omvat vragen die inzicht geven in de mate waarin aanbieders patiëntervaring meten en met welke instrumenten zij dat doen. Daarnaast geeft de indicator inzicht in de terugkoppeling over het gebruik van een patiëntervaringsvragenlijst bij een aanbieder.

### Indicator 8.1: Patiëntervaringsmeting

*Alle settingen* Wordt er binnen uw instelling gebruik gemaakt van een meetinstrument om de patiëntervaring te meten?

- Ja, namelijk.....
- Nee

*Alle settingen* Indicator 8.2 Frequentie

Met welke frequentie meet u dit?

- Jaarlijks
- Eén keer in de 2-3 jaar
- Minder dan 1 keer per 3 jaar

*Alle settingen* Indicator 8.3 Doelgroep

Meet u bij alle patiënten of een selectie daaruit?

- Alle
- Steekproef

*Alle settingen* Indicator 8.4 Interne verbeteringen

Hoe gebruikt u de resultaten van de uitkomst van patiëntervaringsmetingen om interne processen te verbeteren?

- Op casusniveau
- Op procesniveau
- Beide

### **Contact**

Indien u vragen heeft over de prestatie-indicatoren forensische psychiatrie, kunt u contact opnemen met de Directie Forensische Zorg, telefoonnummer 088 - 07 25 506 of met het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), telefoonnummer 030 – 291 00 10.

Gedurende de openstelling van het dataportaal (januari tot april) kunt u met technische vragen tevens bij de helpdesk terecht. U vindt de contactgegevens op [www.forensischezorg.nl](http://www.forensischezorg.nl).



**Dienst Justitiële Inrichtingen**  
*Ministerie van Veiligheid en Justitie*