



Kernset prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie

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

Verslagjaar 2016

Versie 2.0

Colofon

Afzendgegevens

Directie Forensische Zorg

Turfmarkt 147

2511 DP

Postbus 30132

Den Haag

www.dji.nl

www.forensischezorg.nl

Contactpersoon ¹

Mevrouw M. Delfgaauw

Beleidsadviseur Specialistisch Inkoop Centrum, Dienst Justitiële Inrichtingen

p/a forzoggi@dji.minjus.nl

Mevrouw I. Koomen

Projectleider Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP)

ikoomen@efp.nl

De indicatorenset verslagjaar 2016 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) Mirjam van Wingerden (projectcoördinator Expertisecentrum Forensische Psychiatrie – EFP)
DBC-Onderhoud	Joyce Neelen
Directie Forensische Zorg (DForZo) van DJI	Ellen Righart, Nienke Tenneij en Marline Delfgaauw
Federatie Opvang (FO)	Tonny van Hensbergen
GGZ Nederland	Harry Beintema, Stefan van Bokkem, Hans Hendriks en Tessa Koster
Landelijk Platform GGZ (LPGGz)	Fred Stekelenburg
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Stefan Bogaerts
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	Max Westerborg
Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC)	Erik Masthoff
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)	Judith Kolk
Deskundigen kwaliteitsindicatoren	Annet Nugter (GGZ Noord Holland Noord) en Joost Kaper en Cindy Lubbers (FPC van Mesdag)

De input die wij via de voorlopige uitkomsten van de PI 2014 en 2015 hebben ontvangen heeft bijgedragen tot verduidelijking en verbetering van de toelichtingen en definities.

Tot stand gekomen in opdracht van de Divisie Forensische Zorg & Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZo/JJI) van de Dienst Justitiële Inrichtingen aan het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.

Het Forensisch Netwerk, VGN, De Federatie Opvang en de RIBW-Alliantie hebben in oktober 2015 ingestemd met de voorgestelde wijzigingen in deze set.

In september is versie 2.0 van 2016 gepubliceerd. In deze gids zitten wijzigingen ten opzichte van versie 1.0, die nader worden toegelicht in het voorwoord.

Inhoud

1.	Voorwoord	5
2.	Reikwijdte	5
3.	Uitgangspunten	6
4.	Routine Outcome Monitoring	6
5.	Normering	7
6.	Uniformiteit	8
7.	Aanlevering	8
7.1	Setting waarover gerapporteerd moet worden	8
7.2	Welke zorgaanbieders dienen zich te verantwoorden?	9
7.3	Behandeling en begeleiding	9
7.4	Cliënt of patiënt	9
7.5	De indicatoren	9
8.	Uitvraagindicatoren	10
9.	Ontwikkelagenda 2017	10
10.	Schematische weergave indicatoren per setting	11
11.	Indicatoren verslagjaar 2016	14
	Bijlage 1. Tabellen meetmomenten ROM (functioneren en recidiverisico) forensische psychiatrie	42

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 2016.

Deze Kernset 2016 is tot stand gekomen in opdracht van de Directie Forensische Zorg (DForZo) van de Dienst Justitiële Inrichtingen. 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.

Wijzigingen ten opzichte van versie 1.0

In deze versie 2.0 van de gids 2016, is een aantal wijzigingen doorgevoerd ten opzichte van versie 1.0.

- Indicator 4.2: de voorgeschreven meetperiode van de vervolgmeting is gewijzigd. Om in aanmerking te komen voor een vervolgmeting, moet een patiënt langer dan 1 jaar zijn opgenomen. Vanwege de geldigheid van het meetinstrument, moet de vervolgmeting binnen 1 jaar na de vorige meting zijn afgenomen.
- De afspraken met ppc's die ten behoeve van de gids 2015 waren gemaakt, zijn in deze nieuwe versie doorgevoerd.
- Naar aanleiding van veelgestelde vragen tijdens de uitvraag 2015, is in deze huidige versie van de gids een aantal uitgangspunten opgenomen ter verduidelijking.
- De naam van de setting RIBW/FO-instellingen/ambulante begeleiding is gewijzigd naar Beschermd wonen/ambulante begeleiding.
- De assuranceverklaring waarover werd gesproken in versie 1.0 is komen te vervallen en vervangen door een Rapport van Feitelijke Bevindingen. De aanbieders zijn hierover per brief geïnformeerd.
- Voor iedere setting is een schema gemaakt met concrete informatie met betrekking tot meetperiodes, meetinstrumenten en normeringen.

Gebruik KNAPP

Tijdens de uitvraag van de gegevens over verslagjaar 2015 zijn veel vragen gekomen, meestal betrekking hebbend op interpretatie van de indicatoren, definities of mogelijke uitzonderingsgevallen. Met deze vragen kunt u vanaf begin 2017 terecht op KNAPP (www.knapp-efp.nl), een online platform voor de forensische zorg waarin professionals elkaar kunnen vinden. De contactpersonen forensische prestatie-indicatoren die bekend zijn bij ForZo/JJI, ontvangen te zijner tijd een uitnodiging tot het aanmaken van een account. Mochten er meer accounts nodig zijn, dan kunnen deze worden aangevraagd via knapp@efp.nl.

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.

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.

Op basis van veelgestelde vragen naar aanleiding van de uitvraag prestatie-indicatoren 2015, zijn enkele van de uitgangspunten verder verduidelijkt.

- De prestatie-indicatoren zijn gebaseerd op aantallen patiënten en niet op DBBC's.
- Verlofdagen zijn onderdeel van de behandeling en tellen dus mee bij de totale duur van de behandeling. Het gaat dus om de gehele opname, en niet over het aantal verblijfsdagen inclusief overnachting.
- In 2015 werden instrumenten voor indicator 1 al voorgeschreven, maar nog niet verplicht gesteld en dit gold als overgangsjaar. Wanneer een beginmeting was gedaan met een 'oud' instrument, mocht de vervolgmeting worden gedaan met hetzelfde instrument vanwege vergelijkbaarheid. Voor 2016 geldt deze overgangsregeling niet meer: een tussenmeting moet nu worden gedaan met een voorgeschreven instrument, ook al is dat niet hetzelfde als het instrument van de beginmeting. Dit geldt ook voor de eindmeting. Zelf andere meetinstrumenten gebruiken naast de voorgeschreven instrument is natuurlijk altijd toegestaan. Deze hoeven dan niet te worden gerapporteerd.
- Een meting binnen een DBC geldt niet als beginmeting binnen een DBBC, wanneer het gaat om verschillende meetinstrumenten. In dat geval zal dus een nieuwe beginmeting binnen een DBBC moeten plaatsvinden.
- Bij het uitvoeren van de risicotaxatie is een meting pas geldig wanneer het gereviseerde instrument is gebruikt: dat wil zeggen, de HKT-R en de HCR-20^{V3}. De HKT-30 en de HCR-20 tellen niet meer mee als geldig meetinstrument.

4. Routine Outcome Monitoring

De Kernset prestatie-indicatoren 2016 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 2016 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 voornamelijk afwijkende instrumenten. De bedoeling is dat per 2018 de gehele sector aan de hand van dezelfde instrumenten meet. De instrumenten van toepassing voor de 'ppc's zijn opgenomen bij de desbetreffende indicatoren.

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

- De HoNOS;
- De Mate7;
- De DROS;
- Een combinatie van MANSA en STABLE-2007 (beide instrumenten dienen te worden afgenomen).

Alle patiënten in alle behandelsettings dienen met één van deze instrumenten gemeten te worden, uitgezonderd de patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep verdiepingsdiagnostiek of de DBBC-hoofdgroep persoonlijkheidsstoornissen wordt geopend. De LVB-groep met persoonlijkheidsstoornissen wordt wél gemeten: hiervoor kan de DROS worden gebruikt. 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 settingen klinisch overig en FPC te meten met de HCR-20^{V3} of de HKT-R. Voor indicator 4, het meten van de verandering van het recidiverisico, dienen de settingen 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 2015 - 1 oktober 2016 of 1 juli 2015 - 1 juli 2016. Dit betekent dat voor een aantal indicatoren een periode uit verslagjaar 2016 in 2017 wordt beschouwd. Door deze praktijk in de komende jaren voort te zetten kan de gehele patiëntenpopulatie worden betrokken. In bijlage 1 is een overzicht opgenomen waarin de meetsystematiek zoals deze in de behandelpraktijk moet worden ingevoerd, schematisch is uitgewerkt.

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. Normering

De voorbereidingsgroep had als opdracht om de normeringen ten opzichte van verslagjaar 2015 uit te breiden voor verslagjaar 2016. Deze normen worden door DForZo gebruikt in het zorginkoopproces en aan het niet behalen ervan worden financiële consequenties (een boete) verbonden.

Besloten is om de norm van de beginmeting van het meten van de verandering van de ernst van de problematiek (indicator 1.1) voor verslagjaar 2016 voor de settingen PPC, klinisch overig en ambulante behandeling te verhogen van 25% naar 35%. De normering voor de beginmeting van het meten van het recidiverisico (indicator 3.1) voor deze settingen wordt verhoogd van 35% naar 45%.

Omdat de jaarlijkse instroom per fpc relatief beperkt is, terwijl patiënten, vergeleken met de andere settingen, lang in een fpc verblijven, is besloten voor de fpc's in 2016 niet meer de beginmetingen van Indicator 1 en 3 te normeren, maar de jaarlijkse (herhaal)metingen. De norm van indicator 1.2 (ernst van de problematiek) is gesteld op 35%. De norm van indicator 3.2 (recidiverisico) is gesteld op 70%. Beide normen zijn gebaseerd op de ervaringsgegevens uit registratiejaar 2014.

6. Uniformiteit

Om de uniformiteit in het genereren van de indicatoren te bevorderen is de 'stap-voor-stap' toelichting per indicator uitgebreid. De uitvoerbaarheid en eenduidigheid van deze set zijn niet getest c.q. beoordeeld in een praktijktest omdat de wijzigingen in indicatoren ten opzichte van de gids 2015 beperkt zijn.

7. Aanlevering

De indicatoren dienen te worden aangeleverd via het portaal van DForZo. In de inkoophandleiding Forensische Zorg 2016 en op de website www.forensischezorg.nl is hierover meer informatie te vinden.

In 2016 wordt gestart met het aanleveren van de uitkomsten van de ROM- en risicotaxatie-metingen bij Stichting Benchmark GGZ (SBG). SBG ontwikkelt hiertoe een Minimale Dataset (MDS).

Gezien de impact die deze overgang kan hebben op instellingen, geldt 2016 hierbij als een overgangsjaar. Mogelijk dat gestart wordt met een pilot bij een beperkt aantal instellingen.

SBG hanteert het volgende ontwikkeltraject:

- 1) het realiseren van de feitelijke aanlevering bij SBG en rapporteren van de indicatoren en
- 2) het doorontwikkelen richting een geautomatiseerde berekening/rapportage van de indicatoren in BRaM.

Dit betekent dat voor verslagjaar 2016 de MDS moet worden aangeleverd bij SBG en dat de zorgaanbieder daarnaast zelf zijn resultaat op de Indicatoren 1, 3 en 4 opgeeft in het portaal prestatie-indicatoren 2016. Over de aanlevering van de MDS bij SBG worden zorgaanbieders nader geïnformeerd door GGZ Nederland.

DForZo overlegt met het forensische veld over het afgeven van een assuranceverklaring over de aangeleverde prestatie-indicatoren. Hierover zal tijdig worden gecommuniceerd naar de aanbieders.

7.1 Setting waarover gerapporteerd moet worden

De indicatorenset hanteert een indeling van de volgende settingen:

- FPC;
- PPC;
- Klinisch overig, dit betreft: FPK/FVK, FPA/FVA, SGLVG(+) en reguliere ggz;
- Ambulante behandeling;
- Beschermd wonen/ambulante begeleiding*.

*In overleg met de Federatie Opvang is de naam van deze setting gewijzigd. Opvanginstellingen kunnen onder deze setting de voor hen relevante informatie vinden.

Zorgaanbieders hoeven zich nooit over meer dan twee typen van zorg te verantwoorden. 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.

7.2 Welke zorgaanbieders dienen zich te verantwoorden?

Voor alle aanbieders, behalve fpc's en ppc's, geldt dat sprake moet zijn van een minimale instroom van patiënten in het jaar voorafgaande aan het registratiejaar (als indicatie voor de verwachte instroom in het desbetreffende registratiejaar). Hiervoor is gekozen omdat bij een te klein aantal patiënten de indicatoren niet betrouwbaar geïnterpreteerd kunnen worden. Of en zo ja over welke typen van zorg een aanbieder zich moet verantwoorden worden zorgaanbieders oktober 2015 geïnformeerd door DForZo.

7.3 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 settingen van toepassing is, wordt zoveel mogelijk gesproken over behandeling. In de klinische settingen wordt hiermee (ook) 'opname' of 'verblijf' bedoeld. Daar waar het Beschermd wonen/ambulante begeleiding betreft wordt gesproken over begeleiding.

7.4 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 indicatoren is gekozen voor de term 'patiënten'.

7.5 De indicatoren

- Indicator 0. Het totaal aantal patiënten met een forensische zorgtitel dat in het verslagjaar bij de organisatie in behandeling/begeleiding is of is geweest in de setting waarover gerapporteerd wordt.
- 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 afloop van de strafrechtelijke titel (tijdelijk vervallen)
- Indicator 6. Voortijdige beëindiging van de behandel- of begeleidingsovereenkomst
- Indicator 7. Geweldsincidenten
- Indicator 8. Patiëntervaring over de (voortgang van de) behandeling/begeleiding (wordt in 2017 weer uitgevraagd)

8. Uitvraagindicatoren

De indicatorensets over verslagjaar 2014 en 2015 bevatten een aantal indicatoren dat geformuleerd is als uitvraagindicatoren, namelijk indicator 5 (recidive tijdens en na afloop van de strafrechtelijke titel) en indicator 8 (patiëntervaring over de behandeling/begeleiding). De bedoeling was deze indicatoren ten behoeve van registratiejaar 2016 te herformuleren naar proces- of uitkomstindicatoren. Dit is echter niet gelukt. Omdat de indicatoren in genoemde verslagjaren al zijn uitgevraagd, is besloten hier in 2016 geen uitvraag meer naar te doen. De verwachting is dat deze indicatoren vanaf 2017 geherformuleerd, als proces- of uitkomstindicator, in de set zullen zijn uitgewerkt. Dit betekent voor verslagjaar 2016 dat de volgende indicatoren wel in de gids staan maar niet behoeven te worden aangeleverd:

- Indicator 5: Recidive na afloop van de strafrechtelijke titel
- Indicator 8: Patiëntervaring over de (voortgang van de) behandeling/begeleiding

9. Ontwikkelagenda 2017

Naar aanleiding van de besprekingen m.b.t. de gids 2016, worden voor de gids van 2017 de volgende zaken uitgewerkt:

- Indicator 1, 3 en 4: onderzocht wordt of volledig kan worden aangesloten op de meetsystematiek binnen de reguliere GGZ. Dit zal door SBG gedaan worden op basis van aanlevering van de metingen en de bespreking daarvan met de voorbereidingsgroep.
- Indicator 2: onderzocht wordt of het mogelijk is deze indicator uit te breiden met een uitvraag of de vervolgzorg ook daadwerkelijk gerealiseerd is. Dit zal gebeuren op basis van de informatie die de ppc's hierover verzamelen.
- Indicator 3 en 4: deze worden nader uitgewerkt voor de ambulante behandeling. Per 1 januari 2017 gelden ook hier verplicht te gebruiken instrumenten.
- Indicator 5: wordt nader uitgewerkt indien de resultaten van de pilot informatie-uitwisseling van DForZo bekend zijn.
- Indicator 7: onderzocht wordt of deze indicator ook gaat gelden voor de setting Beschermd wonen/ambulante begeleiding.
- Indicator 8: op basis van de resultaten van de prestatie-indicatoren 2015 wordt onderzocht of deze indicator nader kan worden omschreven.
- Onderzocht wordt of de setting Beschermd wonen/ambulante begeleiding nader wordt opgesplitst voor de gids 2017.

10. Schematische weergave indicatoren per setting

FPC

Verplichte indicatoren	Voorgeschreven meetinstrumenten	Exclusiecriteria	Meetperiode	Normering	Financiële consequentie
Indicator 0	n.v.t.		1 januari 2016 tot 1 januari 2017	n.v.t.	n.v.t.
Indicator 1 1.1 1.2 € 1.3	HoNOS, DROS, Mate7, combinatie van MANSA en STABLE-2007	Let op! Zie beschrijving indicator	1 oktober 2015 tot 1 oktober 2016	35%	Ja €
Indicator 3 3.1 3.2 €	HCR-20 ^{V3} of HKT-R	Let op! Zie beschrijving indicator	1 juli 2015 tot 1 juli 2016	70%	Ja €
Indicator 4 4.1 4.2	K-factoren van de HKT-R		1 juli 2015 tot 1 juli 2016	n.v.t.	n.v.t.
Indicator 7 7.1 7.3	n.v.t.		1 januari 2016 tot 1 januari 2017	n.v.t.	n.v.t.
<p>Voor de setting FPC zijn de volgende noemers/tellers gelijk aan elkaar: 0 = noemer 7.1 = noemer 7.3 noemer 3.1 = noemer 4.1</p>					

PPC

Verplichte indicatoren	Voorgeschreven meetinstrumenten	Meetperiode	Normering	Financiële consequentie
Indicator 0	n.v.t.	1 januari 2016 tot 1 januari 2017	n.v.t.	n.v.t.
Indicator 1 1.1 € 1.2 1.3	BPRS	1 januari 2016 tot 1 januari 2017	35%	Ja €
Indicator 2 2.1 2.2	n.v.t.	1 januari 2016 tot 1 januari 2017	n.v.t.	n.v.t.
Indicator 3	HCR-20 ^{V3} of HKT-R	1 januari 2016 tot 1 januari 2017		

3.1 € 3.2 3.3			45%	Ja €
Indicator 4 4.1 4.2	K-factoren van de HKT-R	1 januari 2016 tot 1 januari 2017	n.v.t.	n.v.t.
Indicator 7 7.1 7.3	n.v.t.	1 januari 2016 tot 1 januari 2017	n.v.t.	n.v.t.
<p>Voor de setting PPC zijn de volgende noemers/tellers gelijk aan elkaar: 0 = noemer 7.1 = noemer 7.3 noemer 1.1 = noemer 3.1 = noemer 4.1 teller 2.1 = noemer 2.2</p>				

Klinisch overig

Verplichte indicatoren	Voorgeschreven meetinstrumenten	Exclusiecriteria	Meetperiode	Normering	Financiële consequentie
Indicator 0	n.v.t.		1 januari 2016 tot 1 januari 2017	n.v.t.	n.v.t.
Indicator 1 1.1 € 1.2 1.3	HoNOS, DROS, Mate7, combinatie van MANSA en STABLE-2007	Let op! Zie beschrijving indicator	1 oktober 2015 tot 1 oktober 2016	35%	Ja €
Indicator 2 2.1 2.2	n.v.t.		1 januari 2016 tot 1 januari 2017	n.v.t.	n.v.t.
Indicator 3 3.1 € 3.2	HCR-20 ^{v3} of HKT-R	Let op! Zie beschrijving indicator	1 oktober 2015 tot 1 oktober 2016	45%	Ja €
Indicator 4 4.1 4.2	K-factoren van de HKT-R		1 oktober 2015 tot 1 oktober 2016	n.v.t.	n.v.t.
Indicator 6	n.v.t.		1 januari 2016 tot 1 januari 2017	n.v.t.	n.v.t.
Indicator 7 7.2 7.3	n.v.t.		1 januari 2016 tot 1 januari 2017	n.v.t.	n.v.t.

Voor de setting Klinisch overig zijn de volgende noemers/tellers gelijk aan elkaar:
 0 = noemer 7.2 = noemer 7.3
 teller 2.1 = noemer 2.2
 noemer 3.1 = noemer 4.1

Ambulante behandeling

Verplichte indicatoren	Voorgeschreven meetinstrumenten	Exclusiecriteria	Meetperiode	Normering	Financiële consequentie
Indicator 0	n.v.t.		1 januari 2016 tot 1 januari 2017	n.v.t.	n.v.t.
Indicator 1 1.1 € 1.2 1.3	HoNOS, DROS, Mate7, combinatie MANSA en STABLE-2007	Let op! Zie beschrijving indicator	1 oktober 2015 tot 1 oktober 2016	35%	Ja €
Indicator 2 2.1 2.2	n.v.t.		1 januari 2016 tot 1 januari 2017	n.v.t.	n.v.t.
Indicator 3 3.1 € 3.2	Risicotaxatie-instrument naar keuze	Let op! Zie beschrijving indicator	1 oktober 2015 tot 1 oktober 2016	45%	Ja €
Indicator 6	n.v.t.		1 januari 2016 tot 1 januari 2017	n.v.t.	n.v.t.

Voor de setting Ambulante behandeling zijn de volgende noemers/tellers gelijk aan elkaar:
 teller 2.1 = noemer 2.2

Beschermd wonen/ambulante begeleiding

Verplichte indicatoren	Voorgeschreven meetinstrumenten	Meetperiode	Normering	Financiële consequentie
Indicator 0	n.v.t.	1 januari 2016 tot 1 januari 2017	n.v.t.	n.v.t.
Indicator 2 2.1 2.2	n.v.t.	1 januari 2016 tot 1 januari 2017	n.v.t.	n.v.t.
Indicator 6	n.v.t.	1 januari 2016 tot 1 januari 2017	n.v.t.	n.v.t.

Voor de setting Beschermd wonen/ambulante begeleiding zijn de volgende noemers/tellers gelijk aan elkaar:
 teller 2.1 = noemer 2.2

11. Indicatoren verslagjaar 2016

Indicator 0: Het totaal aantal forensische patiënten dat in het verslagjaar bij de organisatie in behandeling/begeleiding is of is geweest.

Onderbouwing Het totaal aantal forensische patiënten dat in het verslagjaar bij de organisatie in behandeling/begeleiding is of is geweest in de setting waarover gerapporteerd wordt, kan als referentiepunt worden gebruikt voor de berekening van c.q. controle op de gerapporteerde noemers van de andere indicatoren.
Voor iedere setting waarover gerapporteerd wordt, dient deze indicator te worden ingevuld.

Wijziging Dit getal werd tot 2016 uitgevraagd in het portaal en is nu expliciet in de gids opgenomen.

Beschrijving Indicator 0: Aantal forensische patiënten in zorg
Alle settingen Het totaal aantal patiënten (met een forensische zorgtitel) dat in het verslagjaar (1 januari 2016 tot 1 januari 2017) in behandeling/begeleiding is of is geweest in de setting waarover gerapporteerd wordt, ongeacht de duur van de behandeling/begeleiding en/of deze in verslagjaar wel of niet is gestart dan wel is geëindigd.

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.

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 Patiënten bij wie de DBBC-hoofdgroep seksuele stoornissen wordt geopend zijn bij deze indicator niet langer geëxcludeerd. De instrumenten geschikt voor deze doelgroep zijn vastgesteld op basis van een call die in het programma Kwaliteit Forensische Zorg is uitgezet. Uit deze call blijkt dat de combinatie van de MANSA en de STABLE-2007 geschikt is om de ernst van de problematiek bij patiënten met seksuele stoornissen te meten.

Voor de DBBC-hoofdgroep persoonlijkheidsstoornissen blijft nog steeds exclusie bestaan. Dat geldt niet voor de LVB-groep met persoonlijkheidsstoornissen: voor deze groep is de DROS geschikt.

De normering van de beginmeting is voor verslagjaar 2016 gesteld op 35% voor alle settings. Voor de FPC's is niet meer de beginmeting (1.1) genormeerd maar het systematisch meten (1.2). Ook de norm van indicator 1.2 is gesteld op 35%.

Geadviseerd wordt om het meest geschikte instrument voor iedere DBBC-hoofdgroep te gebruiken.

DBBC-hoofdgroep	Instrument
Algemeen	HoNOS
LVB (ook in combinatie met persoonlijkheidsstoornissen)	DROS
Verslaving	Mate7
Seksuele stoornis	MANSA ² + STABLE-2007

² Van Nieuwenhuizen, C., E.A.W. Janssen-de Ruijter & A. Nugter, *MANSA. Manchester Short Assessment of Quality of Life. Handleiding (in druk)*. 2015, GGZe: Eindhoven.

Beschrijving	<u>Indicator 1.1: Beginmeting</u>
<i>FPC</i>	Het percentage patiënten bij wie binnen drie maanden na start behandeling
<i>Klinisch overig</i>	aantoonbaar een beginmeting is gedaan van de ernst van de problematiek met de
<i>Ambulante</i>	HoNOS of de Mate7 of de DROS of een combinatie van MANSA ³ en STABLE-2007 van alle
<i>behandeling</i>	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 2015 en 1 oktober
	2016.
<i>PPC</i>	Het percentage 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 2016 en 1 januari 2017.
	<u>Indicator 1.2: Systematisch meten</u>
<i>FPC</i>	Het percentage patiënten dat langer dan een jaar in behandeling is (geweest)
<i>Klinisch overig</i>	en bij wie jaarlijks aantoonbaar de ernst van de problematiek is gemeten met
<i>Ambulante</i>	hetzelfde meetinstrument als de beginmeting.
<i>Behandeling</i>	
<i>PPC</i>	Het percentage 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.
	<u>Indicator 1.3: Eindmeting</u>
<i>FPC</i>	Het percentage patiënten dat langer dan 6 maanden in behandeling is
<i>Klinisch overig</i>	(geweest) en bij wie uiterlijk binnen 3 maanden voor ontslag een eindmeting is
<i>Ambulante</i>	gedaan met hetzelfde meetinstrument als de beginmeting.
<i>Behandeling</i>	
<i>PPC</i>	Het percentage 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 invrijheidstelling gedaan.

³ Van Nieuwenhuizen, C., E.A.W. Janssen-de Ruijter & A. Nugter, *MANSA. Manchester Short Assessment of Quality of Life. Handleiding (in druk)*. 2015, GGZe: Eindhoven.

Indicator 1 stap voor stap

Noemer 1.1
FPC,
Klinisch overig
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 2015 en 1 oktober 2016 en van wie de behandeling langer duurde dan 3 maanden.

Stap 1. Selecteer alle patiënten die tussen 1 oktober 2015 en 1 oktober 2016 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 de DBBC-hoofdgroep persoonlijkheidsstoornissen en verdiepingsdiagnostiek is geopend. Dat geldt niet voor de LVB-groep met persoonlijkheidsstoornissen.

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

PPC

Het aantal patiënten dat in het verslagjaar (1 januari 2016 tot 1 januari 2017) is opgenomen. Interpreteren als: het totaal aantal nieuw opgenomen patiënten gedurende het verslagjaar.

Stap 1. Selecteer alle patiënten die tussen 1 januari 2016 tot 1 januari 2017 zijn opgenomen in de ppc.

Teller 1.1
FPC
Klinisch overig
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 of een combinatie van MANSA en STABLE-2007.

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
- Combinatie van MANSA en STABLE-2007.

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
FPC
Klinisch overig
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 2015 en 1 oktober 2016.

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

Stap 3: Excludeer de patiënten voor de DBBC-hoofdgroep persoonlijkheidsstoornissen en verdiepingsdiagnostiek is geopend. Dat geldt niet voor de LVB-groep met persoonlijkheidsstoornissen.

PPC

Het aantal patiënten dat gedurende het verslagjaar op enig moment langer dan 8 weken in behandeling was. Let op dat hierbij de patiënten geïnccludeerd worden die in

november/ december 2015 zijn opgenomen en langer dan 8 weken in behandeling waren in verslagjaar 2016.

Stap 1. Selecteer alle patiënten die tussen 1 januari 2016 tot 1 januari 2017 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

FPC

*Klinisch overig
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 2015 en 1 oktober 2016 met hetzelfde instrument als gemeten bij indicator 1.1, te weten één van de volgende instrumenten:

- HoNOS
- Mate7
- DROS
- Combinatie van MANSA en STABLE-2007.

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

FPC

*Klinisch overig
Ambulante
behandeling*

Het aantal patiënten dat tussen 1 januari 2016 en 1 januari 2017 is ontslagen en van wie de behandeling langer dan 6 maanden duurde.

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2016 en 1 januari 2017 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 de DBBC-hoofdgroep persoonlijkheidsstoornissen en verdiepingsdiagnostiek is geopend. Dat geldt niet voor de LVB-groep met persoonlijkheidsstoornissen.

PPC

Het aantal patiënten dat gedurende het verslagjaar op enig moment langer dan 2 weken in behandeling was.

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2016 en 1 januari 2017 in behandeling waren binnen de ppc.

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

Teller 1.3

FPC

*Klinisch overig
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
- Combinatie van MANSA en STABLE-2007.

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 groepen/settings:
 * Patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep verdiepingsdiagnostiek is geopend
 * Patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep persoonlijkheidsstoornissen is geopend (met uitzondering van LVB-groep met persoonlijkheidsstoornissen)
 * Setting Beschermd wonen/ambulante begeleiding

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 settings ontvangen (bijvoorbeeld van TBS-titel naar OFZ-titel) dienen in beide settings 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 2016 de volgende normen gehanteerd:

Voor de beginmeting (indicator 1.1) geldt voor de settingen PPC, klinisch overig en ambulante behandeling een percentage van 35%.

Voor het systematisch meten (indicator 1.2) geldt voor FPC een percentage van 35%.

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 Ten opzichte van de gids 2015 zijn er geen wijzigingen in de inhoud van de indicator. Er heeft wel een aanscherping/verheldering van omschrijvingen en definities plaatsgevonden. Daarnaast is specifiek voor de ppc's een nieuwe indicator 2.3 toegevoegd waarbij ook de vervolgzorg die is geregeld vóór afloop van de forensische titel in kaart wordt gebracht.

Beschrijving Indicator 2.1
PPC Het percentage patiënten dat (vervolg)zorg nodig heeft na afloop van hun strafrechtelijke titel.
Klinisch overig

*Ambulante
behandeling
Beschermd
wonen/
ambulante
begeleiding* NB. De noodzaak voor vervolgzorg wordt bepaald door de behandelaar en in het geval van een opvanginstelling of RIBW of ambulante begeleiding door de begeleidende organisatie.

Indicator 2.2
PPC Het percentage patiënten van alle patiënten dat (vervolg)zorg nodig heeft na afloop van hun strafrechtelijke titel en 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.
*Klinisch overig
Ambulante
behandeling
Beschermd
wonen/
ambulante
begeleiding*

Indicator 2.3
PPC Het percentage patiënten voor wie tijdens de strafrechtelijke titel nazorg is gerealiseerd.

Indicator 2 stap voor stap

Noemer 2.1 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 dan wel eindigt op het moment van ontslag bij de aanbieder tussen 1 januari 2016 en 1 januari 2017.

NB: binnen de DBBC-systematiek gaat het om DBBC's met een einddatum die in het verslagjaar (1 januari 2016 tot 1 januari 2017) 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 Het aantal patiënten uit noemer 2.1 dat vervolgzorg 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.

Noemer 2.2 Het aantal patiënten uit noemer 2.1 dat vervolgzorg 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.

Teller 2.2 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.

Noemer 2.3 Het aantal patiënten in het verslagjaar dat met ontslag is gegaan, met uitzondering van horizontale doorplaatsingen binnen GW.

PPC

NB. Preventief gehechten worden geïnccludeerd.

Stap 1. Selecteer de groep patiënten die tussen 1 januari 2016 en 1 januari 2017 met ontslag zijn gegaan.

Stap 2. Excludeer de horizontale doorplaatsingen binnen GW.

Teller 2.3 Het aantal patiënten in het verslagjaar dat met strafrechtelijke titel is doorgeplaatst naar zorgaanbieders buiten GW voor vervolgzorg.

PPC

Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 2.3

Stap 2. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2016 en 1 januari 2017 voor afloop van hun strafrechtelijke titel zijn doorgeplaatst naar zorgaanbieders buiten GW voor vervolgzorg.

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 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.

*Onder vervolgzorg wordt naast zorg binnen de eigen organisatie ook verstaan behandeling of begeleiding elders.

*Patiënten die met de status ongewenst vreemdeling worden uitgezet tellen niet mee voor deze indicator.

* Een afgewezen CIZ-indicatie of WMO-maatwerkvoorziening telt niet mee als ‘afgegeven CIZ-indicatie of WMO-maatwerkvoorziening’.

* Indien een patiënt geen zorg of behandeling meer wenst na afloop van de strafrechtelijke titel terwijl hij deze wel nodig heeft volgens de instelling wordt deze ook meegeteld bij teller 2.2.

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 2016 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 De norm van de beginmeting is voor verslagjaar 2016 gesteld op 45%. Voor de fpc's wordt niet meer de beginmeting (3.1) genormeerd maar het systematisch meten (3.2). Hiervoor geldt een norm van 70%.

Voor de ambulante behandeling is in 2015 binnen het programma Kwaliteit Forensische Zorg een call uitgezet om ook in deze sector te komen tot één risicotaxatie-instrument voor de forensische ambulante zorg. De oplevering van deze call en de keuze voor een instrument zal niet voor 1 januari 2016 plaatsvinden. Voor 2016 geldt dan ook dat de meting uitgevoerd kan worden met een risicotaxatie-instrument naar keuze. De ambulante sector zal vanaf 1 januari 2017 wel op uniforme wijze de risicotaxatie uitvoeren. Met de implementatie van een (verplicht) instrument dient in 2016 dan ook rekening te worden gehouden.

Beschrijving Indicator 3.1: Beginmeting

FPC Het percentage patiënten bij wie aantoonbaar binnen 6 maanden na in behandeling te zijn genomen een beginmeting is gedaan met de HCR-20^{V3} of de HKT-R van alle patiënten die tussen 1 juli 2015 en 1 juli 2016 in behandeling zijn genomen en waarvan de verblijfsduur/behandelduur langer dan 6 maanden is.

PPC Het percentage patiënten bij wie aantoonbaar binnen 1 week na opname de H-items van de HKT-R zijn afgenomen van alle patiënten die tussen 1 januari 2016 tot 1 januari 2017 in behandeling zijn genomen.

Klinisch overig Het percentage patiënten bij wie aantoonbaar binnen 3 maanden na start behandeling een beginmeting is gedaan met de HCR-20^{V3} of de HKT-R van alle patiënten die in behandeling zijn genomen tussen 1 oktober 2015 en 1 oktober 2016 en waarvan de verblijfsduur/behandelduur langer dan 3 maanden is.

Ambulante behandeling Het percentage 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 2015 en 1 oktober 2016 en waarvan de verblijfsduur/behandelduur langer dan 3 maanden is.

Indicator 3.2: Systematisch meten

FPC
Klinisch overig Het percentage patiënten bij wie aantoonbaar periodiek het recidiverisico is gemeten met de HCR-20^{V3} of de HKT-R.

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

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

PPC

Indicator 3.3: Eindmeting

Het percentage 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 2015 en 1 oktober 2016 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 2015 en 1 oktober 2016 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 2015 en 1 juli 2016 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 2015 en 1 juli 2016 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 2016 en 1 januari 2017 is opgenomen.

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2016 en 1 januari 2017 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^{V3} 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^{V3} 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^{V3} 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^{V3} of de HKT-R.

PPC

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

Stap 1. Neem de patiënten uit noemer 3.1.

Stap 2. Selecteer de patiënten bij wie binnen 1 week na opname de H-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>Stap 1. Selecteer alle patiënten die tussen 1 oktober 2015 en 1 oktober 2016 in behandeling waren.</p> <p>Stap 2. Selecteer van deze groep alle patiënten bij wie de behandeling op enig moment langer dan 3 maanden duurde.</p>
<i>FPC</i>	<p>Stap 1. Selecteer alle patiënten die tussen 1 juli 2015 en 1 juli 2016 in behandeling waren.</p> <p>Stap 2. 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 2016 op enig moment langer dan 1 jaar was opgenomen.</p> <p>Stap 1. Selecteer alle patiënten die tussen 1 januari 2016 en 1 januari 2017 zijn opgenomen.</p> <p>Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten die op enig moment langer dan 1 jaar zijn opgenomen.</p>
Teller 3.2	<p>Het aantal patiënten uit de noemer voor wie aantoonbaar een geldige risicotaxatie met de HCR-20^{V3} of de HKT-R aanwezig is.</p>
<i>Klinisch overig</i>	<p>Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 3.2.</p> <p>Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten bij wie een geldige risicotaxatie met de HCR-20^{V3} of de HKT-R aanwezig was op 1 januari 2017.</p> <p>Stap 3. Selecteer uit stap 1 daarnaast de patiënten bij wie een geldige risicotaxatie met de HCR-20^{V3} of de HKT-R aanwezig was op de ontslagdatum indien deze plaatsvond in 2016.</p>
<i>FPC</i>	<p>Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 3.2.</p> <p>Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten bij wie een geldige risicotaxatie met de HCR-20^{V3} of de HKT-R aanwezig was op 1 januari 2017.</p> <p>Stap 3. Selecteer uit stap 1 daarnaast de patiënten bij wie een geldige risicotaxatie met de HCR-20^{V3} of de HKT-R aanwezig was op de ontslagdatum indien deze plaatsvond in 2016.</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>Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 3.2.</p> <p>Stap 2. 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>Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 3.2.</p> <p>Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten bij wie een geldige risicotaxatie met een risicotaxatie-instrument aanwezig was op 1 januari 2017.</p> <p>Stap 3. Selecteer uit stap 1 daarnaast de patiënten bij wie een geldige risicotaxatie met een risicotaxatie-instrument aanwezig was op de ontslagdatum indien deze plaatsvond in 2016.</p>
Noemer 3.3	<p>Het aantal patiënten dat in 2016 is ontslagen en niet horizontaal binnen GW is doorgeplaatst.</p> <p>Stap 1. Selecteer het aantal patiënten dat tussen 1 januari 2016 en 1 januari 2017 is ontslagen.</p>
<i>PPC</i>	

N.B. Preventief gehechten worden geïncludeerd.

Teller 3.3

PPC

Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen een week voor ontslag de T-items van de HKT-R zijn afgenomen.

Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 3.3.

Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten bij wie binnen een week voor ontslag de T-items van de HKT-R zijn afgenomen.

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

NB. Indien de patiënt na ontslag uit de ppc wordt doorgeplaatst binnen het gevangeniswezen, hoeven de T-items van de HKT-R niet te worden afgenomen.

Exclusie

Indicator heeft geen betrekking op de volgende groepen/settings:

* Patiënten die in preventieve hechtenis zijn;

* Patiënten met een schorsing van preventieve hechtenis;

Let op: deze patiënten zijn voor de ppc's wel geïncludeerd.

* Patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep verdiepingsdiagnostiek is geopend;

* De setting Beschermd wonen/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.

* Patiënten die binnen eenzelfde instelling in één jaar behandeling in verschillende settings ontvangen (bijvoorbeeld van TBS-titel naar OFZ-titel) dienen in beide settings 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.

* Patiënten die onder schorsing voorlopige hechtenis *met voorwaarden* (art. 80 SV) zijn geplaatst vallen onder de verplichting tot meting.

* 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.

* 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.

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 2016 de volgende normen gehanteerd:

FPC

Voor het systematisch meten (indicator 3.2) geldt een percentage van 70%.

PPC

Voor de beginmetingen (indicator 3.1) geldt een percentage van 45%.

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.

Wijziging Voor de afname van de K-factoren van de HKT-R zijn de meetmomenten gelijkgesteld aan die van indicator 3.
Voor de ambulante behandeling is in 2015 binnen het programma Kwaliteit Forensische Zorg een call uitgezet om ook in deze sector te komen tot één instrument voor de forensische ambulante zorg. De oplevering van deze call en de keuze voor een instrument zal niet voor 1 januari 2016 plaatsvinden. De ambulante sector zal vanaf 1 januari 2017 wel op uniforme wijze het meten van de verandering van het recidiverisico uitvoeren.

Beschrijving Indicator 4.1: Beginmeting.

FPC Het percentage patiënten bij wie aantoonbaar binnen 6 maanden na in behandeling te zijn genomen een beginmeting is gedaan van de K-factoren van de HKT-R van alle patiënten die tussen 1 juli 2015 en 1 juli 2016 in behandeling zijn genomen en waarvan de verblijfsduur/behandelduur langer dan 6 maanden is.

PPC Het percentage patiënten bij wie aantoonbaar binnen 8 weken na opname de K-factoren van de HKT-R zijn afgenomen.

Klinisch overig Het percentage patiënten bij wie aantoonbaar binnen 3 maanden na start behandeling een beginmeting is gedaan van de K-factoren van de HKT-R van alle patiënten die in behandeling zijn genomen tussen 1 oktober 2015 en 1 oktober 2016 en waarvan de verblijfsduur/behandelduur langer dan 3 maanden is.

Indicator 4.2: Systematisch meten.

FPC Het percentage patiënten bij wie aantoonbaar periodiek een meting is gedaan van de K-factoren van de HKT-R.

Klinisch overig

PPC Het percentage patiënten bij wie aantoonbaar binnen 8 weken na opname de K-factoren van de HKT-R zijn afgenomen.

Indicator 4 stap voor stap

Noemer 4.1

Klinisch overig Het totaal aantal patiënten dat tussen 1 oktober 2015 en 1 oktober 2016 in behandeling is gekomen. Dit betreft uitsluitend patiënten die op enig moment in het verslagjaar langer dan 3 maanden in behandeling waren.

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 oktober 2015 en 1 oktober 2016 in behandeling zijn gekomen.

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

FPC Het totaal aantal patiënten dat tussen 1 juli 2015 en 1 juli 2016 in behandeling is gekomen. Dit betreft uitsluitend patiënten die op enig moment langer dan 6 maanden in behandeling waren.

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 juli 2015 en 1 juli 2016 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 2016 en 1 januari 2017 is opgenomen.

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2016 en 1 januari 2017 zijn opgenomen in de ppc.

Teller 4.1

Klinisch overig Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen 3 maanden na start behandeling een meting is gedaan van de K-factoren van de HKT-R en waarvan de behandeling meer dan 3 maanden duurde.

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.

FPC Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen 6 maanden na start behandeling een meting is gedaan van de K-factoren van de HKT-R en waarvan de behandeling meer dan 6 maanden duurde.

Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 4.1.

Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten bij wie binnen 6 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 H-factoren van de HKT-R zijn afgenomen.

Noemer 4.2

Klinisch overig Het totaal aantal patiënten dat gedurende het verslagjaar op enig moment langer dan 1 jaar in behandeling was.

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

Stap 2. Selecteer van deze groep de patiënten die op enig moment langer dan 1 jaar in behandeling waren.

FPC **Stap 1.** Selecteer de patiënten die tussen 1 juli 2015 en 1 juli 2016 in behandeling waren
Stap 2. Selecteer van deze groep de patiënten die op enig moment langer dan 1 jaar in behandeling waren.

PPC Het totaal aantal patiënten dat in 2016 op enig moment langer dan 1 jaar was opgenomen.
Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2016 en 1 januari 2017 waren opgenomen in de ppc.
Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten die op enig moment langer dan 1 jaar waren opgenomen.

Teller 4.2 Het aantal patiënten uit de noemer voor wie aantoonbaar binnen 1 jaar na de vorige meting een meting van de

Klinisch overig K-factoren van de HKT-R is gedaan.
FPC

Klinisch overig **Stap 1.** Neem de patiënten uit de noemer 4.2.
FPC **Stap 2.** Selecteer hiervan de patiënten voor wie binnen 1 jaar na de vorige meting een meting van de K-factoren van HKT-R is gedaan.

PPC Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen 1 jaar na opname de K-factoren van de HKT-R zijn afgenomen.
Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 4.2.
Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten bij wie binnen 1 jaar na opname de K-factoren van de HKT-R zijn afgenomen.

Exclusie Indicator heeft geen betrekking op de volgende groepen/settings:

- * Patiënten die in preventieve hechtenis zijn;
 - * Patiënten met een schorsing van preventieve hechtenis;
- Let op: deze patiënten worden door de ppc's wel geïnccludeerd.**
- * Patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep verdiepingsdiagnostiek is geopend;
 - * Ambulante behandeling, Beschermd wonen/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, zes maanden wordt geoperationaliseerd als 183 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 2016 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 2016 nog niet in geslaagd om tot een meer outputgerichte indicator te komen omdat betrouwbare cijfers over recidive tijdens en na afloop van de strafrechtelijke titel nog niet beschikbaar zijn voor de zorgaanbieders. De afgelopen registratiejaren heeft al een uitvraag plaatsgevonden naar op welke wijze aanbieders zelf eventueel invulling geven aan het in beeld krijgen van recidive tijdens en na de titel en op welke wijze deze informatie gebruikt wordt in de behandeling. Het nogmaals stellen van deze vraag over registratiejaar 2016 wordt door de voorbereidingsgroep niet zinvol geacht. De indicator wordt daarom dit jaar niet uitgevraagd en zal naar verwachting voor 2017 geherformuleerd worden.

Wijziging Deze indicator komt tijdelijk te vervallen.

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 bijvoorbeeld omdat de patiënt langdurig niet is komen opdagen, niet meewerkt aan de behandeling/begeleiding en/of de voorwaarden overtreedt.

Wijziging Noemer 6.1.1, waarin het aantal vroegtijdige beëindigingen werd afgezet tegen het totale aantal patiënten in de instelling, is komen te vervallen. In plaats daarvan wordt alleen nog gekeken naar het aantal vroegtijdige beëindigingen op het totaal aantal beëindigingen van de zorg.

Beschrijving De indicator omvat het aantal eenzijdige beëindigingen (door zowel patiënt als de behandelaar/begeleider) dat wordt afgezet tegen het totaal aantal beëindigingen in het verslagjaar.

Indicator 6: Voortijdige beëindiging door patiënt of behandelaar

*Klinisch overig
Ambulante
behandeling
Beschermd
wonen/
ambulante
begeleiding*

Het percentage 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 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 Het totaal aantal patiënten van wie de behandeling of begeleiding gedurende het verslagjaar is afgesloten.

Klinisch overig
Ambulante
behandeling
Beschermd
wonen/
Ambulante
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 2016 en 1 januari 2017 is afgesloten.

Teller 6 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
Beschermd
wonen/
Ambulante
Begeleiding

Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 6.

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 2016 en 1 januari 2017.

Stap 3. Selecteer van de noemer 6 de patiënten bij wie de behandelaar of begeleider tussen 1 januari 2016 en 1 januari 2017 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 settings:

- * FPC;
- * PPC.

Definities en operationalisaties

Algemeen

- * Indien een patiënt terugkeert naar detentie omdat hij de voorwaarden overtreedt telt deze mee in teller 6.
- * Bij noemer 6 wordt onder 'afgesloten' naast afgerond ook voortijdig beëindigd verstaan en ook doorstroom naar een ander financieel kader.
- * Onder voortijdig afsluiten door behandelaar of begeleider wordt ook verstaan op instigatie van de Reclassering.

Nadere omschrijving DBBC-systematiek

Gebruik voor het genereren van deze indicator afsluitreden 1 van de DBBC systematiek. Men is zich ervan bewust dat deze meer informatie bevat dan alleen éézijdige beëindiging maar zowel DForZo als het Forensisch Netwerk onderschrijven dat dit een goede indicator is van het begrip 'voortijdige beëindiging van de behandel- of begeleidingsovereenkomst'.

Ten aanzien van teller 6: Dit betreft patiënten die bij afsluiting DBBC vallen in de categorie 'reden voor afsluiten bij de patiënt, niet bij de behandelaar'.

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 2016 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 Ten opzichte van de gids 2015 zijn er geen wijzigingen met uitzondering van aanscherping/verheldering van omschrijvingen en definities.

Beschrijving 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.

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 door patiënten binnen de 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 Het percentage patiënten dat in het verslagjaar een geweldsincident heeft veroorzaakt.

Klinisch overig

Indicator 7 stap voor stap

Noemer 7.1 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 2017.

FPC, PPC

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2016 en 1 januari 2017 in behandeling of begeleiding zijn of zijn geweest.

Teller 7.1 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.

FPC, PPC

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 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 2017.

Klinisch overig

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2016 en 1 januari 2017 in behandeling of begeleiding zijn of zijn geweest.

Teller 7.2 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.

Klinisch overig

Stap 1. Selecteer het aantal geweldsincidenten gepleegd door patiënten, waarbij geweld plaatsvond tegen medepatiënten, naastbetrokkenen en/of personeel.

Noemer 7.3 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

FPC, PPC,

klinisch overig

behandeling of begeleiding nog doorloopt in 2017.

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2016 en 1 januari 2017 in behandeling of begeleiding zijn of zijn geweest.

Teller 7.3 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.

FPC, PPC

klinisch overig

Stap 1. Selecteer het aantal geweldsincidenten dat tussen 1 januari 2016 en 1 januari 2017 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;

* Beschermd wonen/ambulante begeleiding

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

MIT, 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. Dat geldt ook voor de forensische psychiatrie. Het Forensisch Netwerk, en de daarbij aangesloten partijen, achten het 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.
- Wijziging** In 2015 was deze indicator een uitvraagindicator. Op basis van de antwoorden die in het voorjaar 2016 beschikbaar komen zal worden bezien of deze indicator in verslagjaar 2017 verder geoperationaliseerd kan worden.

Bijlage 1. Tabellen meetmomenten ROM (functioneren en recidiverisico) forensische psychiatrie

Per type zorg is eerst een algemene tabel gemaakt. Voor de fpc's, klinisch overig en ambuland zijn in verband met de verschillende startdatums tabellen voor 2016 gemaakt. Voor de ppc's was dat niet nodig omdat daar met kalenderjaren wordt gewerkt.

Tabel 1. Schema metingen FPC - algemeen

Behandelduur	Functioneren			Recidiverisico en K-factoren	
	1e meting	Vervolgmeting	Eindmeting	1e meting	Vervolgmeting
<=3 mnd.	X	X	X	X	X
3 mnd, <= 6 mnd	<92 dgn na opname	X	X	X	X
> 6 mnd, <= 1 jr	<92 dgn na opname	X	<92 dgn voor ontslag	<183 dgn na opname	X
> 1 jr	<92 dgn na opname	<365 dgn na vorige meting	<92 dgn voor ontslag	<183 dgn na opname	<365 dgn na vorige meting

Tabel 2: Uitwerking voor 2016 FPC

Startdatum	Behandelduur	Functioneren			Recidiverisico en K-factoren	
		1e meting	Vervolgmeting	Eindmeting	1e meting	Vervolgmeting
Voor 1-7-2015	> 6 mnd, <= 1 jr	X	X	<92 dgn voor ontslag ²	X	X
	> 1 jr	X	<365 dgn na vorige meting ¹	<92 dgn voor ontslag ²	X	<365 dgn na vorige meting
Na 1-7-2015, voor 1-10-2015	<= 6 mnd	X	X	X	X	X
	> 6 mnd, <= 1 jr	X	X	<92 dgn voor ontslag ²	<183 dgn na opname	X
	> 1 jr	X	<365 dgn na vorige meting ¹	<92 dgn voor ontslag ²	<183 dgn na opname	<365 dgn na vorige meting
Na 1-10-2015, voor 1-1-2016	<= 3 mnd	X	X	X	X	X
	>3 mnd, <= 6 mnd	<92 dgn na opname	X	X	X	X
	> 6 mnd, <= 1 jr	<92 dgn na opname	X	<92 dgn voor ontslag	<183 dgn na opname	X
	> 1 jr	<92 dgn na opname	<365 dgn na vorige meting ¹	<92 dgn voor ontslag ²	<183 dgn na opname	<365 dgn na vorige meting ³
Na 1-1-2016, voor 1-7-2016	<= 3 mnd	X	X	X	X	X
	>3 mnd, <= 6 mnd	<92 dgn na opname	X	X	X	X
	> 6 mnd, <= 1 jr	<92 dgn na opname	X	<92 dgn voor ontslag	<183 dgn na opname	X
	>=1 jr	<92 dgn na opname	<365 dgn na vorige meting ³	<92 dgn voor ontslag ³	<183 dgn na opname	<365 dgn na vorige meting ³
Na 1-7-2016, voor 1-10-2016	<=3 mnd	X	X	X	X	X
	> 3 mnd, <= 6 mnd	<92 dgn na opname	X	X	X	X
Na 1-10-2016	<= 3 mnd	X	X	X	X	X
	> 3 mnd	<92 dgn na opname	X	X	X	X

1 Indien behandeling niet beëindigd in 2016

2 Indien behandeling beëindigd in 2016

3 Aanlevering in 2017

Tabel 3. Klinisch overig en ambulant algemeen

Behandelduur	Functioneren			Recidiverisico en K-factoren	
	1e meting	Vervolgmeting	Eindmeting	1e meting	Vervolgmeting
<= 3 mnd	X	X	X	X	X
> 3 mnd, <= 6 mnd	<92 dgn na startdat ¹	X	X	<92 dgn na startdat	X
> 6 mnd, <=1 jr	<92 dgn na startdat ¹	X	<92 dgn voor einddat	<92 dgn na startdat	X
> 1 jr	<92 dgn na startdat ¹	<365 dgn na vorige meting	<92 dgn voor einddat	<92 dgn na startdat	<365 dgn na vorige meting

NB: Start/einddatum ambulant: eerste en laatste behandelcontact; start/einddatum klinisch: eerste en laatste opnamedag

Tabel 4. Uitwerking 2016 Klinisch overig en ambulant

Startdatum	Behandelduur	Functioneren			Recidiverisico en K-factoren	
		1e meting	Vervolgmeting	Eindmeting	1e meting	Vervolgmeting
Voor 1-10-2015	> 6 mnd, <= 1 jr	X	X	<92 dgn voor einddat ²	X	X
	> 1 jr	X	<365 dgn na vorige meting	<92 dgn voor einddat ²	X	<365 dgn na vorige meting
Na 1-10-2015, voor 1-1-2016	<= 3 mnd	X	X	X	X	X
	> 3 mnd, <= 6 mnd	<92 dgn na startdat	X	X	<92 dgn na startdat	X
	> 6 mnd, <= 1 jr	<92 dgn na startdat	X	<92 dgn voor einddat	<92 dgn na startdat	X
	> 1 jr	<92 dgn na startdat	<365 dgn na vorige meting ¹	<92 dgn voor einddat ²	<92 dgn na startdat	<365 dgn na vorige meting ¹
Na 1-1-2016, voor 1-10-2016	<= 3 mnd	X	X	X	X	X
	> 3 mnd, <= 6 mnd	<92 dgn na startdat	X	X	<92 dgn na startdat	X
	> 6 mnd, <= 1 jr	<92 dgn na startdat	X	<92 dgn voor einddat	<92 dgn na startdat	X
	> 1 jr	<92 dgn na startdat	<365 dgn na vorige meting ³	<92 dgn voor einddat ³	<92 dgn na startdat ³	<365 dgn na vorige meting ³
Na 1-10-2016	<= 3 mnd	X	X	X	X	X
	> 3 mnd	<92 dgn na startdat	X	X	<92 dgn na startdat	X

NB: Start/einddatum ambulant: eerste en laatste behandelcontact; start/einddatum klinisch: eerste en laatste opnamedag

1 Indien behandeling niet beëindigd in 2016

2 Indien behandeling beëindigd in 2016

3 Aanlevering in 2017

Tabel 5. Schema metingen PPC algemeen

Behandelduur	Functioneren			Recidive		
	1e meting	Vervolg meting	Eindmeting	1e meting (H-items)	Vervolgmeting (K-items)	Eindmeting (K+T items)
<= 8wkn	<7 dgn na opname	X	X	<7 dgn na startdat	X	<7 dgn voor einddat
> 8 wkn, <= 12 wkn	<7 dgn na opname	6 tot 8 wkn na opname	X	<7 dgn na startdat	<8 weken na opname	<7 dgn voor einddat
> 12 wkn	<7 dgn na opname	6 tot 8 wkn na opname	<7 dgn voor einddat	<7 dgn na startdat	<8 weken na opname	<7 dgn voor einddat

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 (1 januari 2016 – 1 april 2016) kunt u met technische vragen tevens bij de helpdesk terecht. U vindt de contactgegevens op www.forensischezorg.nl.



Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Veiligheid en Justitie