



Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Kernset prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie

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

Verlagjaar 2017

Versie [2.0](#)

Colofon

Afzendgegevens

Directie Forensische Zorg

Turfmarkt 147

2511 DP

Postbus 30132

Den Haag

www.dji.nl

www.forensischezorg.nl

Contactpersoon

Mevrouw M. Delfgaauw

Beleidsadviseur Specialistisch Inkoop Centrum, Dienst Justitiële Inrichtingen

p/a forzojji@dji.minjus.nl

Mevrouw I. Koomen

Projectleider Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP)

ikoomen@efp.nl

Mevrouw M. van Wingerden

Projectcoördinator Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP)

mvanwingerden@efp.nl

Gewijzigde veldcode

De kernset verslagjaar 2017 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
ForZo/JJI van DJI	Marline Delfgaauw
Federatie Opvang (FO)	Tonny van Hensbergen
GGZ Nederland	Harry Beintema, Stefan van Bokkem, Renee Greve en Lonneke Schoo
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)	Richard Linderman
Deskundigen kwaliteitsindicatoren	Annet Nugter (GGZ Noord Holland Noord) en Joost Kaper (FPC van Mesdag)

Tot stand gekomen in opdracht van de ForZo/JJI van de Dienst Justitiële Inrichtingen aan het Expertisecentrum voor Forensische Psychiatrie.

Het Forensisch Netwerk, VGN, De Federatie Opvang en de RIBW-Alliantie hebben in september 2016 de set geaccordeerd.

Inhoud

1. Voorwoord	5
2. Reikwijdte	5
3. Uitgangspunten	5
4. Routine Outcome Monitoring	6
5. Normering	8
6. Aanlevering	9
6.1 Wijze van aanlevering	9
6.2 Setting waarover gerapporteerd moet worden	9
6.3 Welke zorgaanbieders dienen zich te verantwoorden?	9
6.4 Cliënt of patiënt	9
7. Uitvraagindicatoren	10
8. Ontwikkelagenda 2018	10
9. Schematische weergave indicatoren per setting	10
10. Setting FPC	16 15
11. Setting PPC	32 31
12. Setting Klinisch overig	48 47
13. Setting Ambulante behandeling	69 67
14. Setting Beschermd wonen/ambulante begeleiding	85 83
Bijlage 1. Tabellen meetmomenten ROM (functioneren en recidiverisico) forensische psychiatrie	94 92

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 2017.

Deze Kernset 2017 is tot stand gekomen in opdracht van ForZo/JJI van de Dienst Justitiële Inrichtingen. Het doel van ForZo/JJI is om de set zoveel als mogelijk te ontwikkelen naar 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.

Nieuw in deze gids is het indelen van de hoofdstukken per setting. Zo staat de relevante informatie over de aan te leveren indicatoren voor iedere setting overzichtelijk samengesteld in één hoofdstuk. Tijdens de uitvraag van de gegevens over verslagjaar 2015 zijn veel vragen gekomen, meestal betrekking hebbend op interpretatie van de indicatoren, definities of mogelijk uitzonderingsgevallen. Met deze vragen kunt u vanaf februari 2017 terecht op KNAPP (www.knapp-efp.nl), een online platform voor de forensische zorg waarin professionals elkaar kunnen vinden. Inloggegevens voor KNAPP kunt u aanvragen via knapp@efp.nl of door te kiezen voor de optie 'Nu aanmelden' op www.knapp-efp.nl.

2. Reikwijdte

Deze set is van toepassing op alle typen van forensische zorgaanbieders met een contract met ForZo/JJI. Niet alle indicatoren zijn relevant voor alle aanbieders, in het betreffende hoofdstuk per type zorgaanbieder staat weergegeven welke indicatoren verplicht aan te leveren zijn. De indicatoren hebben *alleen betrekking op patiënten met een forensische zorgtitel*, waarbij de zorg gefinancierd wordt door ForZo/JJI, 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 aansluiten bij het behandel- of begeleidingsproces, ondanks eventuele afwijking van de DBBC-systematiek
- 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. Vanaf 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 2017 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 (indicator 1);
- het op systematische wijze meten van het recidiverisico (indicator 3);
- het meten van de verandering van het recidiverisico (indicator 4).

Deze indicatoren gelden alleen voor de behandelsettings, te weten de settings FPC, PPC, klinisch overig en ambulante behandeling. 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. Echter, er wordt aangesloten bij het behandelproces, dit wil zeggen dat voorgeschreven meetmomenten gebaseerd zijn op logische meetmomenten die niet automatisch aansluiten bij de DBBC-systematiek.

Instrumenten

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. De instrumenten van toepassing voor de ppc's zijn opgenomen bij de desbetreffende indicatoren.

Indicator 1

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;
- Combinatie van de MANSA en de STABLE-2007.

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 het meten van behandelvoortgang bij de groep patiënten met de DBBC-hoofdgroep seksuele stoornissen is een call uitgezet door KFZ. De uitkomst van deze call was dat voor deze groep patiënten de behandelvoortgang het beste kan worden gemeten door de K-factoren (dynamische factoren) uit de HKT-R, in combinatie met de MANSA (die kwaliteit van leven meet) en de STABLE-2007 (specifieke factoren) en dat de uitkomsten hiervan in onderlinge samenhang met elkaar moeten worden beoordeeld. Dit betekent niet dat kwaliteit van leven voor andere doelgroepen niet van belang wordt gevonden.

Indicator 3

Voor indicator 3, het op systematische wijze meten van het recidiverisico, dienen de settings klinisch overig en FPC te meten met de HCR-20^{V3} of de HKT-R. Voor de setting ambulante behandeling was vooralsnog geen verplicht te gebruiken risicotaxatie-instrument voorgeschreven. Middels een call van KFZ is tot een kernset gekomen, op basis waarvan een nieuw risicotaxatie-instrument is ontwikkeld. Dit instrument wordt momenteel beoordeeld door de programmacommissie KFZ. Om instellingen de tijd te geven om dit nieuwe instrument te implementeren, is ervoor gekozen 2017 als implementatiejaar te laten fungeren. In 2017 mag nog worden gemeten een risicotaxatie-instrument naar keuze, maar vanaf januari 2018 zal het nieuwe instrument worden voorgeschreven. Hierover volgt nog nadere berichtgeving.

Indicator 4

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.

Meetmomenten en frequentie

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 de behandeling, 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 2016 - 1 oktober 2017 of 1 juli 2016 - 1 juli 2017¹. 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.

Indien de beginmeting in het verleden is gemist, mogen de volgende geplande metingen die wel zijn gedaan meetellen als geslaagde tussenmeting. Deze moeten wel het op juiste tijdstip en met het juiste instrument zijn gedaan.

Zelf andere meetinstrumenten gebruiken naast de voorgeschreven instrument is altijd toegestaan. Deze hoeven dan niet te worden gerapporteerd.

Bij de overgang van DBBC naar DBC (en andersom) geldt dat een eindmeting binnen DBBC als beginmeting mag worden gebruikt binnen DBC, wanneer dit gemeten is met hetzelfde meetinstrument. Wanneer het gaat om verschillende instrumenten, zal binnen de DBC opnieuw een beginmeting moeten worden gedaan.

Voor klinische settingen geldt dat verlofdagen onderdeel zijn van de behandeling en ze tellen dus mee bij de termijn van 90 dagen (binnen 3 maanden). Dit betekent dat niet de verblijfsdagen met overnachting worden geteld, maar het gaat om de gehele opname.

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

Benchmarken

Eén van de doelen van de prestatie-indicatoren is om op termijn tot een set gegevens kan worden gekomen waarop kan worden gebenchmarkt. Om dit te realiseren is in juni 2016 door het Forensisch Netwerk besloten te starten met een pilot waarin de scores op de K-items van de HKT-R worden verzameld. Het project (waarvan GGZ Nederland projectleider is) start met een pilot, waarin het benchmarken inhoudelijk en technisch niveau wordt bij een beperkt aantal instellingen. Het doel van deze pilot is te komen tot optimalisatie van de methode van benchmarken. Na de pilotfase start de inrichting van de aanleverstraat, waarmee alle aanbieders van forensische zorg gegevens aanleveren bij SBG ten behoeve van het benchmarken.

Over het aanleveren van deze gegevens wordt nog nader gecommuniceerd.

5. Normering

Ook dit jaar heeft er weer doorontwikkeling plaatsgevonden op de normeringen. Er is gekozen voor een nieuw systeem van normeren: meer indicatoren zijn genormeerd met als doel om daarmee een ambitie te stellen voor instellingen om deze percentages te behalen.

Nieuw dit jaar is dat niet aan alle normeringen financiële prikkels verbonden zijn. Per setting is aan maximaal twee (deel)indicatoren een financiële consequentie verbonden. Dit staat weergegeven aan het begin van ieder settinghoofdstuk.

¹ Voor de ppc's wordt een andere meetperiode gehanteerd: 1 januari 2017 – 1 januari 2018.

6. Aanlevering

6.1 Wijze van aanlevering

De indicatoren dienen te worden aangeleverd via het portaal van ForZo/JJI. Over de precieze locatie van het portaal wordt u nader geïnformeerd.

6.2 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.

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.

6.3 Welke zorgaanbieders dienen zich te verantwoorden?

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. Voor de andere zorgaanbieders, dan wel typen van geleverde zorg, 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. Indien de instroom in de eerste acht maanden van het jaar voorafgaande aan het registratiejaar tenminste 15 patiënten voor een zorgtype bedraagt, geldt de verantwoordingsplicht aan de hand van de prestatie-indicatoren voor dat zorgtype (met een maximum van twee zorgtypen). Uiterlijk oktober 2017 worden alle zorgaanbieders geïnformeerd door ForZo/JJI over welke typen van zorg zij zich dienen te verantwoorden. 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.

6.4 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 indicatorenset is gekozen voor de term 'patiënten'. Omdat binnen de setting Beschermd wonen/ambulante begeleiding gesproken wordt van cliënten, is in het betreffende hoofdstuk voor die term gekozen.

7. Uitvraagindicatoren

In 2017 wordt indicator 5 opnieuw niet uitgevraagd, maar is deze nog wel opgenomen in de gids tot nadere doorontwikkeling. Indicator 8 was in 2016 een uitvraagindicator en is in 2017 doorontwikkeld.

8. Ontwikkelagenda 2018

Naar aanleiding van de besprekingen m.b.t. de gids 2017, worden voor de gids van 2018 de volgende zaken uitgewerkt:

- Voor indicator 8 wordt gekeken of het meten patiënttevredenheid kan worden uitgebreid, bijvoorbeeld middels het toevoegen van een instrument voor kwaliteit van leven of het uitvragen van een rapportcijfer.
- De normering voor het nieuw te gebruiken risicotaxatie-instrument voor de ambulante behandelsetting.
- Uitgezocht wordt of de verschillende meetperiodes voor de verschillende settings meer gelijk getrokken kunnen worden.
- Voor de ppc's geldt dat indicator 2 verder zal worden doorontwikkeld.
- Tenslotte wordt bekeken of indicator 5, omtrent het meten van recidive, verder doorontwikkeld kan worden tot meer dan een uitvraagindicator.

9. Schematische weergave indicatoren per setting

FPC

Verplichte indicatoren	(Voorgescreven) meetinstrumenten	Meetperiode	Normering	Financiële consequentie
Indicator 0	-	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	-	Nee
Indicator 1	HoNOS, DROS, Mate7, MANSA & STABLE-2007	1 oktober 2016 tot 1 oktober 2017	35%	Nee
1.1			40%	Ja €
1.2 €			-	Nee
1.3		1 oktober 2016 - 1 januari 2018 1 januari 2017 tot 1 januari 2018		
Indicator 3	HCR-20 ^{V3} of HKT-R	1 juli 2016 tot 1 juli 2017	75%	Nee
3.1			70%	Ja €
3.2 €				
Indicator 4	K-factoren van de HKT-R	1 juli 2016 tot 1 juli 2017	70%	Nee
4.1			-	Nee
4.2				
Indicator 7	-	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	-	Nee
7.1				

7.3				
Indicator 8	-		-	Nee
<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 noemer 3.2 = noemer 4.2</p>				

PPC

Verplichte indicatoren	(voorgeschreven) Meetinstrumenten	Meetperiode	Normering	Financiële consequentie
Indicator 0	-	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	-	Nee
Indicator 1 1.1 € 1.2 1.3	BPRS	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	50% 35% -	Ja € Nee Nee
Indicator 2 2.1 2.2		1 januari 2017 tot 1 januari 2018	- 65%	Nee Nee
Indicator 3 3.1 € 3.2 3.3	HCR-20 ^{V3} of HKT-R	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	50% 70% 75%	Ja € Nee Nee
Indicator 4 4.1 4.2	K-factoren van de HKT-R	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	70% -	Nee Nee
Indicator 7		1 januari 2017 tot 1 januari 2018	-	Nee
Indicator 8			-	Nee
<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>				

Klinische zorg overig

Verplichte indicatoren	(voorgeschreven) Meetinstrumenten	Meetperiode	Normering	Financiële consequentie
Indicator 0	-	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	-	Nee
Indicator 1	HoNOS, DROS, Mate7, MANSA & STABLE-2007	1 oktober 2016 tot 1 oktober 2017	50%	Ja €
1.1 €			35%	Nee
1.2			-	Nee
1.3		1 oktober 2016 - 1 januari 2017 – 1 januari 2018	-	Nee
Indicator 2		1 januari 2017 tot 1 januari 2018		
2.1			-	Nee
2.2			65%	Nee
Indicator 3	HCR-20 ^{V3} of HKT-R	1 oktober 2016 tot 1 oktober 2017		
3.1 €			45%	Ja €
3.2			70%	Nee
Indicator 4	K-factoren van de HKT-R	1 oktober 2016 tot 1 oktober 2017		
4.1			70%	Nee
4.2			-	Nee
Indicator 6		1 januari 2017 tot 1 januari 2018		
6.2			Maximaal 33%	Nee
Indicator 7		1 januari 2017 tot 1 januari 2018	-	Nee
Indicator 8			-	Nee
<p>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 Noemer 3.2 = noemer 4.2</p>				

Ambulante behandeling

Verplichte indicatoren	(Voorgeschreven) meetinstrumenten	Meetperiode	Normering	Financiële consequentie
Indicator 0	-	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	-	Nee
Indicator 1 1.1 € 1.2 1.3	HoNOS, DROS, Mate7, MANSA & STABLE-2007	1 oktober 2016 tot 1 oktober 2017 1 oktober 2016 januari 2017 – 1 januari 2018	40% 25% -	Ja € Nee Nee
Indicator 2 2.1 2.2		1 januari 2017 tot 1 januari 2018	- 65%	Nee Nee
Indicator 3 3.1 € 3.2	Risicotaxatie-instrument naar keuze	1 oktober 2016 tot 1 oktober 2017	25% -	Ja € Nee
Indicator 6 6.2		1 januari 2017 tot 1 januari 2018	Maximaal 33%	Nee
Indicator 7		1 januari 2017 tot 1 januari 2018	-	Nee
Indicator 8			-	Nee
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	-	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	-	Nee
Indicator 2 2.1 2.2	-	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	- 65%	Nee Nee
Indicator 6 6.2	-	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	Maximaal 33%	Nee
Indicator 8	-		-	Nee

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

Setting FPC

Verplichte indicatoren	(Voorgeschreven) meetinstrumenten	Meetperiode	Normering	Financiële consequentie
Indicator 0	-	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	-	Nee
Indicator 1	HoNOS, DROS, Mate7, MANSA & STABLE-2007	1 oktober 2016 tot 1 oktober 2017	35%	Nee
1.1				
1.2 €				
1.3	1 oktober 2016 – 1 januari 2017 – 1 januari 2018	-	Nee	
Indicator 3	HCR-20 ^{V3} of HKT-R	1 juli 2016 tot 1 juli 2017	75%	Nee
3.1				
3.2 €			70%	Ja €
Indicator 4	K-factoren van de HKT-R	1 juli 2016 tot 1 juli 2017	70%	Nee
4.1				
4.2			-	Nee
Indicator 7	-	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	-	Nee
7.1				
7.3				
Indicator 8	-		-	Nee
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 noemer 3.2 = noemer 4.2				

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 2017 uitgevraagd in het portaal en is nu expliciet in de gids opgenomen.

Beschrijving Indicator 0: Aantal forensische patiënten in zorg
Het totaal aantal patiënten (met een forensische zorgtitel) dat in het verslagjaar (1 januari 2017 tot 1 januari 2018) 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 van het ziektebeeld. 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 is;
- Er moet een jaarlijkse meting zijn als een patiënt langer dan een jaar in behandeling is.

Wijziging De normering is aangepast naar het nieuwe systeem.

De behandelaar bepaalt de instrumentkeuze. 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	MANS & STABLE-2007

Beschrijving stap voor stap

Indicator 1.1: Beginmeting

Het percentage 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 of combinatie van de MANS & STABLE-2007 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 2016 en 1 oktober 2017.

Noemer 1.1 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 2016 en 1 oktober 2017 en van wie de behandeling langer duurde dan 3 maanden.

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

NB. De termijn van drie maanden start op de eerste verblijfsdag.

Teller 1.1

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 de 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
- MANSa & STABLE-2007.

Indicator 1.2: Systematisch meten

Het percentage patiënten dat in de periode 1 oktober 2016 tot 1 oktober 2017 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 voorgaande meting, mits dit één van de voorgeschreven instrumenten betreft.

Noemer 1.2

Het totaal aantal patiënten dat tussen 1 oktober 2016 en 1 oktober 2017 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 2016 en 1 oktober 2017.

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 en verdiepingsdiagnostiek is geopend. Dat geldt niet voor de LVB-groep met persoonlijkheidsstoornissen.

Teller 1.2

Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen 1 jaar na de vorige meting de ernst van de problematiek is gemeten met hetzelfde meetinstrument als de vorige meting, mits dit één van de voorgeschreven instrumenten betreft. Deze meting dient in het verslagjaar te hebben plaatsgevonden.

Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 1.2.

Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten bij wie binnen 1 jaar na de vorige meting de ernst van de problematiek is gemeten met één van de volgende instrumenten:

- HoNOS
- Mate7
- DROS
- MANSa & STABLE-2007.

Indicator 1.3: Eindmeting

Het percentage patiënten dat tussen 1 januari 2017 en 1 januari ~~2016~~ 2018 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 vorige meting, mits dit één van de voorgeschreven instrumenten betreft.

Noemer 1.3 Het aantal patiënten dat tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 is ontslagen en van wie de behandeling langer dan 6 maanden duurde.

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 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 en verdiepingsdiagnostiek is geopend. Dat geldt niet voor de LVB-groep met persoonlijkheidsstoornissen.

Teller 1.3 Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar uiterlijk binnen 3 maanden voor ontslag een eindmeting is gedaan met hetzelfde meetinstrument als de voorgaande meting.

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 één van de volgende instrumenten:

- HoNOS
- Mate7
- DROS
- MANSA & STABLE-2007.

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)

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 te maken is het noodzakelijk dat met hetzelfde instrument wordt gemeten. Het jaar 2015 gold als een overgangsjaar: indien de beginmeting werd gedaan met een instrument dat niet valt onder de voorgeschreven instrumenten mocht in 2015 de vervolgmeting met datzelfde instrument worden gedaan. In 2016 is deze uitzondering komen te vervallen. Dit betekent dat vanaf 2016 de vervolgmeting met één van de voorgeschreven instrumenten dient te gebeuren, ook indien de beginmeting in het verleden met een ander instrument is gedaan.

- * 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 mits de meting heeft plaatsgevonden met één van de voorgeschreven instrumenten
- * 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.
- * Onder einde behandeling wordt verstaan de laatste opnamedag.
- * Onder start behandeling wordt verstaan de eerste verblijfsdag.
- * Onder het aantal patiënten dat gedurende het jaar in behandeling is wordt verstaan de patiënten tot en met transmuraal verlof.
- * Er is sprake 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.

Mogelijke bronnen

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

Normering

Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2017 de volgende normen gehanteerd:

Indicator 1.1: beginmeting: 35%

Indicator 1.2: systematisch meten: 40%. Let op: Aan het niet behalen van deze norm is een financiële consequentie verbonden.

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 normering is aangepast naar het nieuwe systeem.

Beschrijving stap voor stap

Indicator 3.1: Beginmeting

Het percentage patiënten bij wie in de periode 1 juli 2016 tot 1 juli 2017 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 2016 en 1 juli 2017 in behandeling zijn genomen en waarvan de verblijfsduur/behandelduur langer dan 6 maanden is.

Noemer 3.1 Het totaal aantal patiënten dat tussen 1 juli 2016 en 1 juli 2017 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 2016 en 1 juli 2017 in behandeling zijn gekomen.
Stap 2. Selecteer de patiënten die op enig moment langer dan 6 maanden in behandeling waren.

Teller 3.1 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.

Indicator 3.2: Systematisch meten

Het percentage patiënten bij wie in de periode 1 juli 2016 tot 1 juli 2017 aantoonbaar periodiek het recidiverisico is gemeten met de HCR-20^{V3} of de HKT-R.

Noemer 3.2 Het totaal aantal patiënten dat tussen 1 juli 2016 en 1 juli 2017 langer dan 1 jaar in behandeling was.
Stap 1. Selecteer alle patiënten die tussen 1 juli 2016 en 1 juli 2017 in behandeling waren.
Stap 2. Selecteer van deze groep alle patiënten bij wie de behandeling langer dan 1 jaar duurde.

Teller 3.2 Het totaal aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen 1 jaar na de vorige meting een vervolgmeting is gedaan met de HCR-20^{V3} of de HKT-R. De vervolgmeting dient in het verslagjaar te hebben plaatsgevonden.

Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 3.2.

Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten bij wie binnen 1 jaar na de vorige meting de HCR-20^{V3} of de HKT-R is afgenomen.

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

- * Patiënten die in preventieve hechtenis zijn;
- * Patiënten met een schorsing van preventieve hechtenis;

Definities en operationalisaties

- * 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 op de eerste verblijfsdag.
- * Periodiek meten van het recidiverisico: De duur van de periode hangt samen met de geldigheidsduur van het meetinstrument Voor de HCR-20^{V3} en de HKT-R dient er bij 'periodiek' dus '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, mits uitgevoerd met één van de voorgeschreven instrumenten.
- * 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.

- * Onder het aantal patiënten dat gedurende het jaar in behandeling is wordt verstaan de patiënten tot en met proefverlof.
- * Er is sprake 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 ForZo/JJI in 2017 de volgende normen gehanteerd:

Indicator 3.1: beginmeting: 75%

Indicator 3.2: systematisch meten: 70%. Aan het niet behalen van deze norm is een financiële consequentie verbonden.

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 De normering is aangepast naar het nieuwe systeem.

Beschrijving stap voor stap

Indicator 4.1: Beginmeting

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 2016 en 1 juli 2017 in behandeling zijn genomen en waarvan de verblijfsduur/behandelduur langer dan 6 maanden is.

Noemer 4.1 Het totaal aantal patiënten dat tussen 1 juli 2016 en 1 juli 2017 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 2016 en 1 juli 2017 in behandeling zijn gekomen.

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

Teller 4.1 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.

Indicator 4.2: Systematisch meten

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

Noemer 4.2 Het totaal aantal patiënten dat tussen 1 juli 2016 en 1 juli 2017 langer dan 1 jaar in behandeling was.

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 juli 2016 en 1 juli 2017 in behandeling waren

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

Teller 4.2 Het aantal patiënten uit de noemer voor wie aantoonbaar binnen 1 jaar na de vorige meting een meting van de K-factoren van de HKT-R is gedaan. Deze meting dient in het verslagjaar te hebben plaatsgevonden.

Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 4.2.

Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten bij wie binnen 1 jaar na de vorige meting een meting van de K-factoren van HKT-R is gedaan.

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

- * Patiënten die in preventieve hechtenis zijn;
- * Patiënten met een schorsing van preventieve hechtenis.

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.
- * 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 wordt door ForZo/JJI in 2017 de volgende norm gehanteerd:

Indicator 4.1: beginmeting: 70%

Aan het niet behalen van deze norm is **geen** financiële consequentie verbonden.

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 2017 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. De indicator wordt daarom dit jaar niet uitgevraagd en zal naar verwachting voor 2018 geherformuleerd worden.

Wijziging Deze indicator komt tijdelijk te vervallen.

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 2017 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.

Beschrijving stap voor stap

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

Het percentage 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.

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 2018.

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 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.

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.

Indicator 7.3: Aandeel patiënten dat een geweldsincident heeft veroorzaakt.

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

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 behandeling of begeleiding nog doorloopt in 2018.

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 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.

Stap 1. Selecteer het aantal geweldsincidenten dat tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 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.

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 ForZo/JJI.

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. Voor het verslagjaar 2017 is deze indicator verder geoperationaliseerd.

Beschrijving

Indicator 8. Noem 2 verbeterpunten voortkomend uit uw laatste patiënttevredenheidsonderzoek.

Setting PPC

Verplichte indicatoren	(voorgeschreven) Meetinstrumenten	Meetperiode	Normering	Financiële consequentie
Indicator 0	-	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	-	Nee
Indicator 1 1.1 € 1.2 1.3	BPRS	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	50% 35% -	Ja € Nee Nee
Indicator 2 2.1 2.2		1 januari 2017 tot 1 januari 2018	- 65%	Nee Nee
Indicator 3 3.1 € 3.2 3.3	HCR-20 ^{v3} of HKT-R	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	50% 70% 75%	Ja € Nee Nee
Indicator 4 4.1 4.2	K-factoren van de HKT-R	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	70% -	Nee Nee
Indicator 7		1 januari 2017 tot 1 januari 2018	-	Nee
Indicator 8			-	Nee
<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>				

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. Alle noemers van de hierna volgende indicatoren dienen kleiner of gelijk te zijn aan dit aantal. Voor iedere setting waarover gerapporteerd wordt, dient deze indicator te worden ingevuld.
- Wijziging** Dit getal werd tot 2017 uitgevraagd in het portaal en is nu expliciet in de gids opgenomen.
- Verslagjaar** De meetperiode voor de setting PPC is van 1 januari 2017- 1 januari 2018.
- Beschrijving** Indicator 0: Aantal forensische patiënten in zorg
Het totaal aantal patiënten (met een forensische zorgtitel) dat in het verslagjaar (1 januari 2017 tot 1 januari 2018) 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 van het ziektebeeld. 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.

Wijziging Geen wijzigingen ten opzichte van verslagjaar 2016.

Beschrijving stap voor stap

Indicator 1.1: Beginmeting

Het percentage patiënten bij wie gedurende het verslagjaar 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 2017 en 1 januari 2018.

Noemer 1.1 Het aantal patiënten dat in het verslagjaar is opgenomen.

Stap 1. Selecteer alle patiënten die tussen 1 januari 2017 tot 1 januari 2018 zijn opgenomen in het ppc.

Teller 1.1 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.

Indicator 1.2: Systematisch meten

Het percentage patiënten dat langer dan 8 weken in behandeling was en bij wie aantoonbaar binnen 8 weken na start behandeling de ernst van de problematiek is gemeten met hetzelfde meetinstrument als de beginmeting.

Noemer 1.2 Het aantal patiënten dat gedurende het verslagjaar op enig moment langer dan 8 weken in behandeling was.

Stap 1. Selecteer alle patiënten die tussen 1 januari 2017 tot 1 januari 2018 in behandeling zijn geweest bij het ppc.

Stap 2. Selecteer hiervan de groep die op enig moment langer dan 8 weken in behandeling was².

Teller 1.2 Het aantal patiënten uit de noemer bij wie binnen 8 weken na start behandeling aantoonbaar de ernst van de problematiek is gemeten met hetzelfde meetinstrument als de beginmeting.

² Let op dat hierbij de patiënten geïnccludeerd worden die in november/ december 2016 zijn opgenomen en langer dan 8 weken in behandeling waren in verslagjaar 2017.

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.

Indicator 1.3: Eindmeting

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

Noemer 1.3 Het aantal patiënten dat gedurende het verslagjaar is ontslagen en op enig moment langer dan twee weken in behandeling was.

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 in behandeling waren binnen het ppc.

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

Teller 1.3 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 Geen

Definities en operationalisaties

* Met het aantoonbaar meten van de ernst van de problematiek wordt bedoeld: vastgelegd in het zorgdossier.

* 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.

* 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.

* Onder start behandeling wordt verstaan: de eerste verblijfsdag.

* Onder einde behandeling wordt verstaan de laatste opnamedag.

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.

Mogelijke bronnen

DBBC-registratie, ROM-database, User en EPD.

Normering

Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2017 de volgende normen gehanteerd:

Indicator 1.1: beginmeting: 50%. Let op: Aan het niet behalen van deze norm is een financiële consequentie verbonden.

Indicator 1.2: systematisch meten: 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 ForZo/JJI 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 De normering is aangepast naar het nieuwe systeem. 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 stap voor stap

Indicator 2.1

Het percentage patiënten dat (vervolg)zorg nodig heeft na afloop van hun strafrechtelijke titel.

Noemer 2.1 Het aantal patiënten waarvan gedurende het verslagjaar de strafrechtelijke titel is geëindigd.

Stap 1. Selecteer de groep patiënten bij wie de strafrechtelijke titel is geëindigd tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018.

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.

Indicator 2.2

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.

Noemer 2.2 Het aantal patiënten uit noemer 2.1 dat vervolgzorg nodig heeft na afloop van hun strafrechtelijke titel.

Teller 2.2 Het aantal patiënten uit de noemer waarvoor uiterlijk 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.
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.

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 Geen

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

* De bepaling of de patiënt vervolgzorg nodig heeft berust bij de behandelaar.

* 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 ForZo/JJI 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

Het gaat om DBBC's met een einddatum die in het verslagjaar (1 januari 2017 tot 1 januari 2018) valt en sluitreden 6 'Reden van afsluiten door beëindiging strafrechtelijke titel' of sluitreden 7 'Reden voor afsluiten door onvoorziene beëindiging strafrechtelijke titel' hebben.

Mogelijke bronnen

DBBC-registratie, EPD, Tulp-GW.

Normering

Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2017 de volgende normen gehanteerd:
Indicator 2.2: 65%. Aan het niet behalen van deze norm is geen financiële consequentie verbonden.

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 2017 gesteld op 50%. Aan het niet behalen van deze norm is een financiële consequentie verbonden.

Beschrijving stap voor stap

Indicator 3.1: Beginmeting

Het percentage patiënten bij wie gedurende het verslagjaar aantoonbaar binnen 8 weken na opname de H-items en de K-items van de HKT-R zijn afgenomen.

Noemer 3.1 Het totaal aantal patiënten dat tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 is opgenomen.

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 zijn opgenomen in het ppc.

Teller 3.1 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.

Indicator 3.2: Systematisch meten

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

Noemer 3.2 Het totaal aantal patiënten dat in 2017 op enig moment langer dan 1 jaar was opgenomen.

Stap 1. Selecteer alle patiënten die tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 in behandeling waren.

Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten die op enig moment langer dan 1 jaar zijn opgenomen.

Teller 3.2 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.

Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 3.2.

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.

Indicator 3.3: Eindmeting

Het percentage patiënten bij wie gedurende het verslagjaar 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.

Noemer 3.3 Het aantal patiënten dat in 2017 is ontslagen en niet horizontaal binnen het gevangeniswezen is doorgeplaatst.
Stap 1. Selecteer het aantal patiënten dat tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 is ontslagen en niet horizontaal binnen het gevangeniswezen is doorgeplaatst.

Teller 3.3 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 hetppc wordt doorgeplaatst binnen het gevangeniswezen, hoeven de T-items van de HKT-R niet te worden afgenomen.

Exclusie Geen

Definities en operationalisaties

- * Met het aantoonbaar meten van het recidiverisico wordt bedoeld: vastgelegd in het zorgdossier.
- * De termijn van 'in behandeling zijn' start op de eerste verblijfsdag.
- * 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.

Mogelijke bronnen

DBBC-registratie en EPD.

Normering Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2017 de volgende normen gehanteerd:

Indicator 3.1: beginmeting: 50%. Let op: Aan het niet behalen van deze norm is een financiële consequentie verbonden.

Indicator 3.2: systematisch meten: 35%

Indicator 3.3: eindmeting: 75%

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 De normering is aangepast naar het nieuwe systeem.

Beschrijving stap voor stap

Indicator 4.1: Beginmeting.

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

Noemer 4.1 Het totaal aantal patiënten dat tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 is opgenomen.

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 zijn opgenomen in het ppc.

Teller 4.1 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-factoren van de HKT-R zijn afgenomen.

Indicator 4.2: Systematisch meten.

Het percentage patiënten bij wie aantoonbaar binnen 1 jaar na opname de K-factoren van de HKT-R zijn afgenomen.

Noemer 4.2 Het totaal aantal patiënten dat in 2017 op enig moment langer dan 1 jaar was opgenomen.

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 in behandeling waren in het 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 bij wie aantoonbaar binnen 1 jaar na opname de K-items 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-items van de HKT-R zijn afgenomen.

Exclusie Geen

Definities en operationalisaties

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

* 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.

Mogelijke bronnen

DBBC-registratie en EPD.

Normering

Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2017 de volgende normen gehanteerd:

Indicator 4.1: 70%. Aan het niet behalen van deze norm is geen financiële consequentie verbonden.

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 2017 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 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 2016 zijn er geen wijzigingen met uitzondering van aanscherping/verheldering van omschrijvingen en definities.

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

Beschrijving stap voor stap

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

Het percentage 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.

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 2018.
Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 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.
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.

Indicator 7.3: Aandeel patiënten dat een geweldsincident heeft veroorzaakt.

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

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 behandeling of begeleiding nog doorloopt in 2018.

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 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.

Stap 1. Selecteer het aantal geweldsincidenten dat tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 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.

Definities en operationalisaties

* 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).

Mogelijke bronnen

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

Normering

Deze indicator wordt niet genormeerd door ForZo/JJI.

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. Voor het verslagjaar 2017 is deze indicator verder geoperationaliseerd.

Beschrijving

Indicator 8 Noem 2 verbeterpunten voortkomend uit uw laatste patiënttevredenheidsonderzoek.

Setting Klinisch overig

Verplichte indicatoren	(voorgeschreven) Meetinstrumenten	Meetperiode	Normering	Financiële consequentie
Indicator 0	-	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	-	Nee
1.2 1.1 €	HoNOS, DROS, Mate7, MANSA & STABLE-2007	1 oktober 2016 tot 1 oktober 2017	50%	Ja €
1.2			35%	Nee
1.3			-	Nee
Indicator 2	HCR-20 ^{v3} of HKT-R	1 oktober 2016 tot 1 oktober 2017	1 oktober 2016januari 2017 - 1 januari 2018	
2.1			-	Nee
2.2			65%	Nee
Indicator 3	K-factoren van de HKT-R	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	45%	Ja €
3.1 €			70%	Nee
3.2				
Indicator 4		1 januari 2017 tot 1 januari 2018	70%	Nee
4.1			-	Nee
4.2				
Indicator 6			Maximaal 33%	Nee
Indicator 7			-	Nee
Indicator 8			-	Nee
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 Noemer 3.2 = noemer 4.2				

Met opmaak: Geen opsommingstekens of nummering

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. Alle noemers van de hierna volgende indicatoren dienen kleiner of gelijk te zijn aan dit aantal. Voor iedere setting waarover gerapporteerd wordt, dient deze indicator te worden ingevuld.

Wijziging Dit getal werd tot 2017 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 2017 tot 1 januari 2018) 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 van het ziektebeeld. 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 is;
- Er moet een jaarlijkse meting zijn als een patiënt langer dan een jaar in behandeling is.

Wijziging De normering is aangepast naar het nieuwe systeem.

De behandelaar bepaalt de instrumentkeuze. 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	MANS & STABLE-2007

Beschrijving stap voor stap

Indicator 1.1: Beginmeting

Het percentage 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 of combinatie van de MANS & STABLE-2007 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 2016 en 1 oktober 2017.

Noemer 1.1 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 2016 en 1 oktober 2017 en van wie de behandeling langer duurde dan 3 maanden.

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

NB. De termijn van drie maanden start op de eerste verblijfsdag.

Teller 1.1

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 de combinatie van de 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
- MANSA & STABLE-2007.

Indicator 1.2: Systematisch meten

Het percentage patiënten dat in de periode 1 oktober 2016 tot 1 oktober 2017 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 voorgaande meting, mits dit één van de voorgeschreven instrumenten betreft.

Noemer 1.2

Het totaal aantal patiënten dat tussen 1 oktober 2016 en 1 oktober 2017 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 2016 en 1 oktober 2017.

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 en verdiepingsdiagnostiek is geopend. Dat geldt niet voor de LVB-groep met persoonlijkheidsstoornissen.

Teller 1.2

Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen 1 jaar na de vorige meting de ernst van de problematiek is gemeten met hetzelfde meetinstrument als de vorige meting, mits dit één van de voorgeschreven instrumenten betreft. Deze meting dient in het verslagjaar te hebben plaatsgevonden.

Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 1.2.

Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten bij wie binnen 1 jaar na de vorige meting de ernst van de problematiek is gemeten met één van de volgende instrumenten:

- HoNOS
- Mate7
- DROS
- MANSA & STABLE-2007.

Indicator 1.3: Eindmeting

Het percentage patiënten dat ~~in de periode 1 oktober 2016 tot 1 oktober 2017~~tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 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 voorgaande meting.

Noemer 1.3 Het aantal patiënten dat tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 is ontslagen en van wie de behandeling langer dan 6 maanden duurde.

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 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 en verdiepingsdiagnostiek is geopend. Dat geldt niet voor de LVB-groep met persoonlijkheidsstoornissen.

Teller 1.3 Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar uiterlijk binnen 3 maanden voor ontslag een eindmeting is gedaan met hetzelfde meetinstrument als de voorgaande meting.

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 één van de volgende instrumenten:

- HoNOS
- Mate7
- DROS
- MANSA & STABLE-2007.

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)

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 te maken is het noodzakelijk dat met hetzelfde instrument wordt gemeten. Het jaar 2015 gold als een overgangsjaar: indien de beginmeting werd gedaan met een instrument dat niet valt onder de voorgeschreven instrumenten mocht in 2015 de vervolgmeting met datzelfde instrument worden gedaan. In 2016 is deze uitzondering komen te vervallen. Dit betekent dat vanaf 2016 de vervolgmeting met één van de voorgeschreven instrumenten dient te gebeuren, ook indien de beginmeting in het verleden met een ander instrument is gedaan.

- * 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 mits de meting heeft plaatsgevonden met één van de voorgeschreven instrumenten
- * 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.
- * Onder einde behandeling wordt verstaan de laatste opnamedag.
- * Onder start behandeling wordt verstaan de eerste verblijfsdag.
- * Onder het aantal patiënten dat gedurende het jaar in behandeling is wordt verstaan de patiënten tot en met transmuraal verlof.
- * Er is sprake 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.

Mogelijke bronnen

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

Normering

Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2017 de volgende normen gehanteerd:
Indicator 1.1: beginmeting: 50%. Let op: Aan het niet behalen van deze norm is een financiële consequentie verbonden.
 Indicator 1.2: systematisch meten: 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 ForZo/JJI 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 De normering is aangepast naar het nieuwe systeem.

Beschrijving stap voor stap

Indicator 2.1

Het percentage patiënten dat (vervolg)zorg nodig heeft na afloop van hun strafrechtelijke titel.

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.

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 2017 en 1 januari 2018.

NB: binnen de DBBC-systematiek gaat het om DBBC's met een einddatum die in het verslagjaar (1 januari 2017 tot 1 januari 2018) 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.

Indicator 2.2

Het percentage patiënten van alle patiënten dat (vervolg)zorg nodig heeft na afloop van hun strafrechtelijke titel en waarvoor uiterlijk 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.

Noemer 2.2 Het aantal patiënten uit noemer 2.1 dat vervolgzorg nodig heeft na afloop van hun strafrechtelijke titel.

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.

Definities en operationalisaties

* De bepaling of de patiënt vervolgzorg nodig heeft berust bij de behandelaar.

* 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 ForZo/JJI 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 de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2017 de volgende normen gehanteerd:

Indicator 2.2: 65%. Aan het niet behalen van deze norm is **geen** financiële consequentie verbonden.

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 normering is aangepast naar het nieuwe systeem.

Beschrijving stap voor stap

Indicator 3.1: Beginmeting

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 ~~2016~~2015 en 1 oktober ~~2016~~2017 en waarvan de verblijfsduur/behandelduur langer dan 3 maanden is.

Noemer 3.1 Het totaal aantal patiënten dat tussen 1 oktober 2016 en 1 oktober 2017 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 2016 en 1 oktober 2017 in behandeling zijn gekomen.
Stap 2. Selecteer de patiënten die op enig moment langer dan 3 maanden in behandeling waren.

Teller 3.1 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.

Indicator 3.2: Systematisch meten

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

Noemer 3.2 Het totaal aantal patiënten dat in de periode 1 oktober 2016 tot 1 oktober 2017 op enig moment langer dan 1 jaar in behandeling was.
Stap 1. Selecteer alle patiënten die tussen 1 oktober 2016 en 1 oktober 2017 in behandeling waren.
Stap 2. Selecteer van deze groep alle patiënten bij wie de behandeling op enig moment langer dan 1 jaar duurde.

Teller 3.2 Het totaal aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen 1 jaar na de vorige meting een vervolgmeting is gedaan met de HCR-20^{V3} of de HKT-R. De vervolgmeting dient in het verslagjaar te hebben plaatsgevonden.
Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 3.2.

Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten bij wie binnen 1 jaar na de vorige meting de HCR-20^{V3} of de HKT-R is afgenomen.

Exclusie

Indicator heeft geen betrekking op de volgende groepen/settings:

- * Patiënten die in preventieve hechtenis zijn;
- * Patiënten met een schorsing van preventieve hechtenis;
- * Patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep verdiepingsdiagnostiek is geopend;

Definities en operationalisaties

- * 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 op de eerste verblijfsdag.
- * 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, mits het één van de voorgeschreven instrumenten betreft.
- * 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.

Mogelijke bronnen

DBBC-registratie, MITS, EPD en dossier

Normering

Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2017 de volgende normen gehanteerd:

Indicator 3.1: beginmeting: 45%. Let op: Aan het niet behalen van deze norm is een financiële consequentie verbonden.

Indicator 3.2: systematisch meten: 70%

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 De normering is aangepast naar het nieuwe systeem.

Beschrijving stap voor stap

Indicator 4.1: Beginmeting.

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 2016 en 1 oktober 2017 en waarvan de verblijfsduur/behandelduur langer dan 3 maanden is.

Noemer 4.1 Het totaal aantal patiënten dat tussen 1 oktober 2016 en 1 oktober 2017 in behandeling is gekomen. Dit betreft uitsluitend patiënten die op enig moment langer dan 3 maanden in behandeling waren.

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 oktober 2016 en 1 oktober 2017 in behandeling zijn gekomen.

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

Teller 4.1 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.

Indicator 4.2: Systematisch meten.

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

Noemer 4.2 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 2016 en 1 oktober 2017 in behandeling waren.

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

Teller 4.2 Het aantal patiënten uit de noemer voor wie aantoonbaar binnen 1 jaar na de vorige meting een meting van de K-factoren van de HKT-R is gedaan. Deze meting dient in het verslagjaar te hebben plaatsgevonden.

Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 4.2.

Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten bij wie binnen 1 jaar na de vorige meting een meting van de K-factoren van HKT-R is gedaan.

Exclusie Indicator heeft geen betrekking op de volgende groepen/settings:
* Patiënten die in preventieve hechtenis zijn;
* Patiënten met een schorsing van preventieve hechtenis;
* Patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep verdiepingsdiagnostiek is geopend;

Definities en operationalisaties

- * 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.

Mogelijke bronnen

DBBC-registratie, MITS, EPD en dossier

Normering

Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2017 de volgende normen gehanteerd:
Indicator 4.1: 70%. Aan het niet behalen van deze norm is geen financiële consequentie verbonden.

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 2017 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** De normering is aangepast naar het nieuwe systeem.
- 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.
- Stap voor stap** **Indicator 6: Voortijdige beëindiging door patiënt of behandelaar**
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.
- Noemer 6** Het totaal aantal patiënten van wie de behandeling of begeleiding gedurende het verslagjaar is afgesloten.
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 2017 en 1 januari 2018 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.
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 2017 en 1 januari 2018 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.

Definities en operationalisaties

* 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 ForZo/JJI als het Forensisch Netwerk onderschrijven dat dit een goede indicatie 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 de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2017 de volgende normen gehanteerd:

Indicator 6: maximaal 33%. Aan het niet behalen van deze norm is geen financiële consequentie verbonden.

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 2016 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.

Stap voor stap **Indicator 7.2: Geweld tegen medepatiënten en/of naastbetrokkenen en/of personeel**

Het percentage 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.

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 2018.

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 n 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.

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

Indicator 7.3: Aandeel patiënten dat een geweldsincident heeft veroorzaakt.

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

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 behandeling of begeleiding nog doorloopt in 2018.
Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 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 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 2017 en 1 januari 2018 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.

Definities en operationalisaties

- * 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 ForZo/JJI.

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. Voor het verslagjaar 2017 is deze indicator verder geoperationaliseerd.

Beschrijving

Indicator 8. Noem 2 verbeterpunten voortkomend uit uw laatste patiënttevredenheidsonderzoek.

Setting Ambulante behandeling

Verplichte indicatoren	(Voorgeschreven) meetinstrumenten	Meetperiode	Normering	Financiële consequentie
Indicator 0	-	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	-	Nee
1.2 1.1 €	HoNOS, DROS, Mate7, MANSA & STABLE-2007	1 oktober 2016 tot 1 oktober 2017	40%	Ja €
1.2			25%	Nee
1.3			-	Nee
		1 oktober 2016 2016 januari 2017 – 1 januari 2018		
Indicator 2		1 januari 2017 tot 1 januari 2018		
2.1			-	Nee
2.2			65%	Nee
Indicator 3	Risicotaxatie-instrument naar keuze	1 oktober 2016 tot 1 oktober 2017		
3.1 €			25%	Ja €
3.2			-	Nee
Indicator 6		1 januari 2017 tot 1 januari 2018		
6.2			Maximaal 33%	Nee
Indicator 7		1 januari 2017 tot 1 januari 2018	-	Nee
Indicator 8			-	Nee
Voor de setting Ambulante behandeling zijn de volgende noemers/tellers gelijk aan elkaar: teller 2.1 = noemer 2.2				

Met opmaak: Geen opsommingstekens of nummering

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. Alle noemers van de hierna volgende indicatoren dienen kleiner of gelijk te zijn aan dit aantal. Voor iedere setting waarover gerapporteerd wordt, dient deze indicator te worden ingevuld.

Wijziging Dit getal werd tot 2017 uitgevraagd in het portaal en is nu expliciet in de gids opgenomen.

Beschrijving Indicator 0: Aantal forensische patiënten in zorg
Het totaal aantal patiënten (met een forensische zorgtitel) dat in het verslagjaar (1 januari 2017 tot 1 januari 2018) 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 van het ziektebeeld. 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 is;
- Er moet een jaarlijkse meting zijn als een patiënt langer dan een jaar in behandeling is.

Wijziging De normering is aangepast naar het nieuwe systeem.

De behandelaar bepaalt de instrumentkeuze. 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 & STABLE-2007

Beschrijving stap voor stap

Indicator 1.1: Beginmeting

Het percentage 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 of combinatie van de MANSA en STABLE-2007 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 2016 en 1 oktober 2017.

Noemer 1.1 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 2016 en 1 oktober 2017 en van wie de behandeling langer duurde dan 3 maanden.

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

NB. De termijn van drie maanden start op de eerste verblijfsdag.

Teller 1.1

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 de combinatie van de 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
- MANSA & STABLE-2007.

Indicator 1.2: Systematisch meten

Het percentage patiënten dat in de periode 1 oktober 2016 tot 1 oktober 2017 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 voorgaande meting, mits dit één van de voorgeschreven instrumenten betreft.

Noemer 1.2

Het totaal aantal patiënten dat in de periode 1 oktober 2016 tot 1 oktober 2017 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 2016 en 1 oktober 2017.

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 en verdiepingsdiagnostiek is geopend. Dat geldt niet voor de LVB-groep met persoonlijkheidsstoornissen.

Teller 1.2

Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen 1 jaar na de vorige meting de ernst van de problematiek is gemeten met hetzelfde meetinstrument als de vorige meting, mits dit één van de voorgeschreven instrumenten betreft. Deze meting dient in het verslagjaar te hebben plaatsgevonden.

Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 1.2.

Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten bij wie binnen 1 jaar na de vorige meting de ernst van de problematiek is gemeten met één van de volgende instrumenten:

- HoNOS
- Mate7
- DROS
- MANSA & STABLE-2007.

Indicator 1.3: Eindmeting

Het percentage patiënten dat ~~in de periode 1 oktober 2016 tot 1 oktober 2017~~tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 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 voorgaande meting.

Noemer 1.3 Het aantal patiënten dat tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 is ontslagen en van wie de behandeling langer dan 6 maanden duurde.

Stap 1. Selecteer de patiënten die tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 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 en verdiepingsdiagnostiek is geopend. Dat geldt niet voor de LVB-groep met persoonlijkheidsstoornissen.

Teller 1.3 Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar uiterlijk binnen 3 maanden voor ontslag een eindmeting is gedaan met hetzelfde meetinstrument als de voorgaande meting.

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 één van de volgende instrumenten:

- HoNOS
- Mate7
- DROS
- MANSA & STABLE-2007.

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)

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 te maken is het noodzakelijk dat met hetzelfde instrument wordt gemeten. Het jaar 2015 gold als een overgangsjaar: indien de beginmeting werd gedaan met een instrument dat niet valt onder de voorgeschreven instrumenten mocht in 2015 de vervolgmeting met datzelfde instrument worden gedaan. In 2016 is deze uitzondering komen te vervallen. Dit betekent dat vanaf 2016 de vervolgmeting met één van de voorgeschreven instrumenten dient te gebeuren, ook indien de beginmeting in het verleden met een ander instrument is gedaan.

- * 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 mits de meting heeft plaatsgevonden met één van de voorgeschreven instrumenten
- * 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.
- * Onder einde behandeling wordt verstaan de laatste opnamedag.
- * Onder start behandeling wordt verstaan de eerste verblijfsdag.
- * Onder het aantal patiënten dat gedurende het jaar in behandeling is wordt verstaan de patiënten tot en met transmuraal verlof.
- ~~* Er is sprake 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.~~

Mogelijke bronnen

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

Normering

Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2017 de volgende normen gehanteerd:
Indicator 1.1: beginmeting: 40%. Let op: Aan het niet behalen van deze norm is een financiële consequentie verbonden.
 Indicator 1.2: systematisch meten: 25%.

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 ForZo/JJI 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 De normering is aangepast naar het nieuwe systeem.

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

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
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.

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 2017 en 1 januari 2018.

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.

Ambulante behandeling

75

- 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.

Teller 2.2 Het aantal patiënten uit de noemer waarvoor uiterlijk 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.

Definities en operationalisaties

- * De bepaling of de patiënt vervolgzorg nodig heeft berust bij de behandelaar.
- * 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 ForZo/JII 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 de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2017 de volgende normen gehanteerd:
Indicator 2.2: 65%. Aan het niet behalen van deze norm is geen financiële consequentie verbonden.

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 normering is aangepast naar het nieuwe systeem.

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 ~~2016-2017~~ geldt dan ook dat de meting uitgevoerd kan worden met een risicotaxatie-instrument naar keuze. De ambulante sector zal vanaf 1 januari ~~2017~~ ~~2018~~ wel op uniforme wijze de risicotaxatie uitvoeren. Met de implementatie van een (verplicht) instrument dient in ~~2016-2017~~ dan ook rekening te worden gehouden.

Beschrijving stap voor stap

Indicator 3.1: Beginmeting

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 2016 en 1 oktober 2017 en waarvan de behandelduur langer dan 3 maanden is.

Noemer 3.1 Het totaal aantal patiënten dat tussen 1 oktober 2016 en 1 oktober 2017 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 2016 en 1 oktober 2017 in behandeling zijn gekomen.
Stap 2. Selecteer de patiënten die op enig moment langer dan 3 maanden in behandeling waren.

Teller 3.1 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.

Indicator 3.2: Systematisch meten

Het percentage patiënten bij wie in de periode 1 oktober 2016 tot 1 oktober 2017 aantoonbaar periodiek het recidiverisico is gemeten met een risicotaxatie-instrument.

Noemer 3.2 Het totaal aantal patiënten dat in de periode 1 oktober 2016 tot 1 oktober 2017 op enig moment langer dan 3 maanden in behandeling was.

Ambulante behandeling

Stap 1. Selecteer alle patiënten die tussen 1 oktober 2016 en 1 oktober 2017 in behandeling waren.

Stap 2. Selecteer van deze groep alle patiënten bij wie de behandeling op enig moment langer dan 3 maanden duurde.

Teller 3.2

Het totaal aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen 1 jaar na de vorige meting een vervolgmeting is gedaan met een risicotaxatie-instrument. De vervolgmeting dient in het verslagjaar te hebben plaatsgevonden.

Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 3.2.

Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten bij wie binnen 1 jaar na de vorige meting een risicotaxatie-instrument is afgenomen.

Exclusie

Indicator heeft geen betrekking op de volgende groepen/settings:

- * Patiënten die in preventieve hechtenis zijn;
- * Patiënten met een schorsing van preventieve hechtenis;
- * Patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep verdiepingsdiagnostiek is geopend;

Definities en operationalisaties

- * 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 het 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, mits dit één van de voorgeschreven instrumenten betreft.
- * 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 behandeling van de patiënt op moment van typeren/ afname zou worden beëindigd.
- * 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.

Mogelijke bronnen

DBBC-registratie, MITS, EPD en dossier

Normering

Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2017 de volgende normen gehanteerd:

Indicator 3.1: beginmeting: 25%. Let op: Aan het niet behalen van deze norm is een financiële consequentie verbonden.

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 2017 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. De indicator wordt daarom dit jaar niet uitgevraagd en zal naar verwachting voor 2018 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** De normering is aangepast naar het nieuwe systeem.
- 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

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.

- Noemer 6** Het totaal aantal patiënten van wie de behandeling of begeleiding gedurende het verslagjaar is afgesloten.
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 2017 en 1 januari 2018 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.
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 2017 en 1 januari 2018.
Stap 3. Selecteer van de noemer 6.1. de patiënten bij wie de behandelaar of begeleider tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 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.

Definities en operationalisaties

* 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 ForZo/JJI als het Forensisch Netwerk onderschrijven dat dit een goede indicatie 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 'redenen 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 de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2017 de volgende normen gehanteerd:

Indicator 6: maximaal 33%. Aan het niet behalen van deze norm is geen financiële consequentie verbonden.

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. Voor het verslagjaar 2017 is deze indicator verder geoperationaliseerd.

Beschrijving

Indicator 8. Noem 2 verbeterpunten voortkomend uit uw laatste patiënttevredenheidsonderzoek.

Setting

Beschermd wonen/ambulante begeleiding

Verplichte indicatoren	(Voorgeschreven) meetinstrumenten	Meetperiode	Normering	Financiële consequentie
Indicator 0	-	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	-	Nee
Indicator 2	-	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	-	Nee
2.1			-	Nee
2.2			65%	Nee
Indicator 6	-	1 januari 2017 tot 1 januari 2018	Maximaal 33%	Nee
6.2				Nee
Indicator 8	-		-	Nee
Voor de setting Beschermd wonen/ambulante begeleiding zijn de volgende noemers/tellers gelijk aan elkaar: teller 2.1= noemer 2.2				

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

Onderbouwing Het totaal aantal forensische cliënten dat in het verslagjaar bij de organisatie in 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. Alle noemers van de hierna volgende indicatoren dienen kleiner of gelijk te zijn aan dit aantal. Voor iedere setting waarover gerapporteerd wordt, dient deze indicator te worden ingevuld.

Wijziging Geen wijziging ten opzichte van 2016.

Beschrijving Indicator 0: Aantal forensische cliënten in zorg
Alle settingen Het totaal aantal cliënten (met een forensische zorgtitel) dat in het verslagjaar (1 januari 2017 tot 1 januari 2018) in begeleiding is of is geweest in de setting waarover gerapporteerd wordt, ongeacht de duur van de begeleiding en/of deze in verslagjaar wel of niet is gestart dan wel is geëindigd.

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 cliënt organiseren. Ketenzorg gaat over de samenwerking tussen verschillende instituten en instellingen die betrokken zijn bij de zorg.

Voor ForZo/JJI 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 cliënt in behandeling/begeleiding blijft bij de aanbieder, als ook bij ontslag, wanneer de strafrechtelijke titel dan eindigt en de cliënt vervolgzorg krijgt (dient te krijgen) bij een andere aanbieder.

Wijziging De normering is aangepast naar het nieuwe systeem.

Beschrijving stap voor stap

Indicator 2.1

Het percentage cliënten dat (vervolg)zorg nodig heeft na afloop van hun strafrechtelijke titel.

N.B. Dit percentage betreft het aantal cliënten dat door de begeleidende instelling wordt ondersteund bij het aanvragen van aansluitende WMO ondersteuning in de vorm van beschermd wonen of begeleiding in de voor de cliënt relevante gemeente of bij het aanvragen van WLZ zorg bij het CIZ. Let op: een afwijzing van een aanvraag telt niet mee in de indicator.

Noemer 2.1 Het aantal cliënten waarvan gedurende het verslagjaar de strafrechtelijke titel is geëindigd tijdens de begeleiding bij de aanbieder of bij wie op het moment van uitstroom / bij ontslag de strafrechtelijke titel eindigt.
Stap 1. Selecteer de groep cliënten bij wie de strafrechtelijke titel is geëindigd tijdens de begeleiding bij de aanbieder dan wel eindigt op het moment van ontslag bij de aanbieder tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018.

Teller 2.1 Het aantal cliënten uit noemer 2.1 dat vervolgzorg nodig heeft na afloop van hun strafrechtelijke titel.
Stap 1. Neem de cliënten uit de noemer 2.1.
Stap 2. Selecteer hiervan de cliënten die vervolgzorg nodig hebben.

Indicator 2.2

Het percentage cliënten van alle cliënten 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.

Noemer 2.2 Het aantal cliënten uit noemer 2.1 dat vervolgzorg nodig heeft na afloop van hun strafrechtelijke titel.

Teller 2.2 Het aantal cliënten 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 cliënten uit de noemer 2.2.

Stap 2. Selecteer van deze groep de cliënten voor wie uiterlijk 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.

Definities en operationalisaties

- * Het bepalen of er vervolgzorg nodig is berust bij de begeleider en/of reclassering.
- * 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 ForZo/JJI 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.
- * Cliënten 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 cliënt 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.

Mogelijke bronnen

EPD, Tulp-GW en dossier

Normering

Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2017 de volgende normen gehanteerd:

Indicator 2.2: 65%. Aan het niet behalen van deze norm is geen financiële consequentie verbonden.

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

Onderbouwing De behandeling en begeleiding van cliënten 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. De indicator wordt daarom dit jaar niet uitgevraagd en zal naar verwachting voor 2018 geherformuleerd worden.

Wijziging Deze indicator komt tijdelijk te vervallen.

Indicator 6: Voortijdige beëindiging van de begeleidingsovereenkomst

Onderbouwing Wanneer een forensische cliënt de begeleiding op eigen initiatief eenzijdig beëindigt, onttrekt deze zich daarmee aan de 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 begeleidingsovereenkomst te beëindigen voor het einde van de strafrechtelijke titel bijvoorbeeld omdat de patiënt langdurig niet is komen opdagen, niet meewerkt aan de begeleiding en/of de voorwaarden overtreedt.

Wijziging De normering is aangepast naar het nieuwe systeem.

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

Indicator 6: Voortijdige beëindiging door cliënt of behandelaar

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

Indicator 6 stap voor stap

Noemer 6 Het totaal aantal cliënten van wie de begeleiding gedurende het verslagjaar is afgesloten.
Voor de bepaling of sprake is van een afgesloten begeleidingstraject wordt naar de einddatum van het zorgtraject gekeken.
Stap 1. Selecteer de cliënten van wie de begeleiding tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 is afgesloten.

Teller 6 Het totaal aantal cliënten uit de noemer bij wie de cliënteenzijdig tegen het advies van de behandelaar of begeleider in, de begeleiding beëindigt of de behandelaar of begeleider gedurende het verslagjaar heeft besloten de begeleiding voor het einde van de strafrechtelijke titel te beëindigen omdat de cliënt zich niet heeft gehouden aan de gestelde voorwaarden.
Stap 1. Neem de cliënten uit de noemer 6.
Stap 2. Selecteer hiervan de cliënten die eenzijdig, tegen het advies van de behandelaar of begeleider in, de begeleiding hebben beëindigd tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018.
Stap 3. Selecteer van de noemer 6 de cliënten bij wie de behandelaar of begeleider tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 heeft besloten voor het einde van de strafrechtelijke titel de begeleiding te beëindigen omdat de cliënt zich niet heeft gehouden aan de gestelde voorwaarden.
Stap 4. Tel de cliënten uit stap 2 en 3 bij elkaar op.

Definities en operationalisaties

* Indien een cliënt 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.

Mogelijke bronnen:

MITS en dossier.

Normering

Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2017 de volgende normen gehanteerd:

Indicator 6: maximaal 33%. Aan het niet behalen van deze norm is geen financiële consequentie verbonden.

Indicator 8: Cliëntervaring over de (voortgang van de) behandeling/begeleiding

Onderbouwing Cliëntervaring 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 cliëntervaring wordt gemeten en hoe dit wordt gebruikt door de aanbieders in de behandeling/begeleiding.

Het is de wens van de cliëntenorganisaties en de zorgaanbieders om, indien mogelijk, tot uniformering in de werkwijze te komen.

Wijziging In 2015 was deze indicator een uitvraagindicator. Voor het verslagjaar 2017 is deze indicator verder geoperationaliseerd.

Beschrijving

Indicator 8. Noem 2 verbeterpunten voortkomend uit uw laatste cliënttevredenheidsonderzoek.

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 ambulant zijn in verband met de verschillende startdatums tabellen voor 2017 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 2017 FPC

Startdatum	Behandelduur	Functioneren			Recidiverisico en K-factoren	
		1e meting	Vervolgmeting	Eindmeting	1e meting	Vervolgmeting
Voor 1-7-2016	> 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 1-7-2016, voor 1-10-2016	<= 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 1-10-2016, voor 1-1-2017	<= 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 1-1-2017, voor 1-7-2017	<= 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 1-7-2017, voor 1-10-2017	<=3 mnd	X	X	X	X	X
	> 3 mnd, <= 6 mnd	<92 dgn na opname	X	X	X	X
Na 1-10-2017	<= 3 mnd	X	X	X	X	X
	> 3 mnd	<92 dgn na opname	X	X	X	X

1 Indien behandeling niet beëindigd in 2017

2 Indien behandeling beëindigd in 201

3 Aanlevering in 2018

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 2017 Klinisch overig en ambulant

Startdatum	Behandelduur	Functioneren			Recidiverisico en K-factoren	
		1e meting	Vervolgmeting	Eindmeting	1e meting	Vervolgmeting
Voor 1-10-2016	> 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 1-10-2016, voor 1-1-2017	<= 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 1-1-2017, voor 1-10-2017	<= 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 1-10-2017	<= 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 2017

2 Indien behandeling beëindigd in 2017

3 Aanlevering in 2018

Tabel 5. Schema metingen PPC algemeen

Behandelduur	Functioneren			Recidive		Eindmeting (K+T items)
	1e meting	Vervolg meting	Eindmeting	1e meting (H-items)	Vervolgmeting (K-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 kunt u op het speciaal daarvoor ingerichte netwerk op KNAPP terecht. KNAPP is te bereiken via www.knapp-efp.nl. U kunt hier een verzoek voor lidmaatschap indienen. Meer uitleg over KNAPP vindt u in het voorwoord van deze gids. Voor vragen kunt u mailen naar knapp@efp.nl.



Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Veiligheid en Justitie