



Kernset prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie

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

Verslagjaar 2019

Versie 3.0

Colofon

Afzendgegevens

Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZo/JJI)

Bezoekadres

Turfmarkt 147
2511 DP Den Haag

Postadres

Postbus 30132
2500 GC Den Haag
www.dji.nl
www.forensischezorg.nl

Contactpersoon

Mevrouw K. Fransen
Adviseur Zorginkoop, Dienst Justitiële Inrichtingen
p/a forzojji@dji.minjus.nl

Mevrouw M. van Wingerden
Projectleider Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP)
mvanwingerden@efp.nl

Mevrouw E. de Jong
Projectcoördinator Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP)
edejong@efp.nl

De kernset verslagjaar 2019 is samengesteld door een voorbereidingsgroep waarin de volgende personen hebben deelgenomen:

| | |
|---|--|
| Voorzitter | Hendrik Jan van der Lugt (directeur Oostvaarderskliniek) |
| Projectleiding | Mirjam van Wingerden (projectleider Expertisecentrum Forensische Psychiatrie – EFP) Elise de Jong (projectcoördinator Expertisecentrum Forensische Psychiatrie – EFP) |
| ForZo/JJI van DJI | Marline Delfgaauw en Kristien Fransen |
| Forensisch Psychiatrische Centra (FPC) | Harry Beintema, Peter de Jong en Naomi de Koning |
| Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC) | Wendy Voets en Anneke van Bekkum |
| Overige Forensische Zorg (OFZ) | Tinie Hendriks, Renee Greve, Dirk Dijkslag, Willemien Wiggers, Richard Linderman en Annelies van Ruiten |
| Beschermd wonen/ambulante begeleiding GGZ Nederland | Tonny van Hensbergen Jonathan Douma |
| Agendaleden: | |
| DBC-Onderhoud | Joyce Neele |
| Landelijk Platform GGZ (LPGGz) | Fred Stekelenburg |
| Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) | Stefan Bogaerts* |
| Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) | Max Westerborg |

*Betrokkene is niet meer werkzaam bij het NIP.

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

Het Forensisch Netwerk, VGN, De Federatie Opvang en de RIBW-Alliantie hebben in september 2018 de set geaccordeerd.

Inhoud

| | |
|---|----|
| 1. Voorwoord..... | 5 |
| 2. Reikwijdte..... | 5 |
| 3. Uitgangspunten..... | 5 |
| 4. Routine Outcome Monitoring..... | 6 |
| 5. Normering..... | 8 |
| 6. Aanlevering..... | 8 |
| 7. Ontwikkelagenda 2020..... | 10 |
| 8. Schematische weergave indicatoren per setting..... | 10 |
| Setting FPC..... | 16 |
| Setting PPC..... | 31 |
| Setting Klinisch overig..... | 45 |
| Setting Ambulante behandeling..... | 64 |
| Setting Beschermd wonen/ambulante begeleiding..... | 79 |
| Bijlage 1. Tabellen meetmomenten ROM (functioneren en recidiverisico) forensische psychiatrie..... | 87 |
| Bijlage 2. Definitielijst..... | 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. Deze set is bedoeld om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken en te verbeteren en om te gebruiken ten behoeve van de verantwoording over de kwaliteit van de forensische zorg.

Deze Kernset 2019 is tot stand gekomen in opdracht van Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen (hierna: ForZo/JJI). 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 (hierna: EFP). In de voorbereidingsgroep zijn de brancheorganisaties, verschillende typen van forensische zorgaanbieders en relevante beroepsverenigingen vertegenwoordigd (zie pagina 3 voor een overzicht). De leden van de voorbereidingsgroep nemen hun eigen kennis over de ontwikkelingen binnen de forensische zorg mee. Zij stemmen beslissingen en vergaderpunten af binnen de eigen organisatie.

Zorgaanbieders kunnen de informatie die voortkomt uit de verzameling van de prestatie-indicatoren gebruiken als stuurinformatie voor hun interne (kwaliteits-) beleid en -cyclus, cliëntenorganisaties voor belangenbehartiging en de inspecties bij hun toezichtstaak.

2. Reikwijdte

De set prestatie-indicatoren is van toepassing op alle forensische zorgaanbieders die een contract hebben afgesloten met ForZo/JJI. Niet alle indicatoren zijn relevant voor alle aanbieders. In het betreffende hoofdstuk staat per type zorgaanbieder weergegeven welke indicatoren verplicht aangeleverd dienen te worden door de desbetreffende setting.

De indicatoren hebben *alleen betrekking op patiënten met een forensische zorgtitel*¹, 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;

¹ Voor een lijst van alle forensische zorgtitels zie <https://www.forensischezorg.nl/introductie/keten-forensische-zorg/forensische-zorgtitels>

- zoveel mogelijk van procesindicator naar zowel proces- als 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 compacte set aan indicatoren.

Aanvullende uitgangspunten:

- De prestatie-indicatoren zijn gebaseerd op aantallen patiënten en niet op aantallen DBBC's.
- Verlofdagen zijn onderdeel van de behandeling en tellen dus mee bij de totale duur van de behandeling. Hetzelfde geldt voor afwezigheid vanwege opname in het ziekenhuis of onttrekking. Het gaat dus om de gehele opname en niet over het aantal verblijfsdagen inclusief overnachting.
- Bij de overgang van DBC naar DBBC geldt dat een eindmeting binnen DBC als beginmeting mag worden gebruikt binnen DBBC, wanneer dit gemeten is met dezelfde voorgeschreven instrumenten. Wanneer het gaat om andere dan de voorgeschreven instrumenten, zal binnen de DBBC opnieuw een beginmeting moeten worden gedaan.
- Bij de overgang van klinisch naar ambulant of vice versa, geldt dat een eindmeting binnen de ene setting ook gebruikt mag worden binnen de andere setting, wanneer gemeten is met dezelfde voorgeschreven instrumenten. Wanneer het gaat om andere dan de voorgeschreven instrumenten, zal binnen de nieuwe setting opnieuw een beginmeting moeten worden gedaan.

Een uitgebreide definitielijst is opgenomen in bijlage 2.

4. Routine Outcome Monitoring

De Kernset prestatie-indicatoren 2019 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 Forensisch Psychiatrische Centra (FPC), Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC), klinisch overig en ambulante behandeling. Bij het operationaliseren van de drie indicatoren is getracht zoveel mogelijk aan te sluiten bij de ROM-systematiek in de reguliere ggz. Op die manier hoeft de forensische sector niet opnieuw het wiel uit te vinden en kan gebruik worden gemaakt van al bestaande kennis. Echter, er wordt bovenal 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 besluitvorming door het Forensisch Netwerk over de aangewezen ROM-instrumenten.

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 (combinatie) van de volgende instrumenten:

- Health of the Nation Outcome Scales; hierna te noemen HoNOS;

- Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie; hierna te noemen Mate7;
- Dynamic Risk Outcome Scales; hierna te noemen DROS;
- Combinatie van MANchester Short Assessment of quality of life en de STABLE-2007; hierna te noemen 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 de PPC's geldt vooralsnog een afwijkend instrument: de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). In overleg met ForZo wordt toegewerkt naar het gebruik van de HoNOS. De verwachting is dat dit samengaat met het nieuwe bekostigingsmodel van de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza).

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 call² 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. Aangezien de K-factoren al worden gemeten bij indicator 4, worden deze bij indicator 1 niet expliciet uitgevraagd.

Indicator 3

Voor indicator 3, het op systematische wijze meten van het recidiverisico, dienen de settingen klinisch overig, FPC en PPC te meten met één van de volgende instrumenten:

- *Historical Clinical Risk Management-20 versie 3 (HCR-20^{v3});*
- *Historische, Klinische, Toekomstige-Revisie (HKT-R).*

Per 1 januari 2019 is voor de ambulante behandelsetting het instrument Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE) verplicht voorgeschreven.

Indicator 4

Voor indicator 4, het meten van de verandering van het recidiverisico, dienen de settingen klinisch overig, FPC en PPC 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 dan een jaar durende behandelingen ook jaarlijkse vervolgmetingen. 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

² Voor meer informatie over de call en de instrumenten die vooralsnog worden aangeraden (MANSA & STABLE-2007), zie <https://www.kfz.nl/projecten/call-2014-35>

heeft plaatsgevonden, altijd een uitslag van een gevalideerde en geldige risicotaxatie beschikbaar zijn.

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 van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 of van 1 juli 2018 tot en met 30 juni 2019³. Dit betekent dat voor een aantal indicatoren een periode uit verslagjaar 2018 in 2019 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 daaropvolgende geplande metingen die zijn gedaan meetellen als een geslaagde vervolgmeting. Deze moeten wel op het juiste tijdstip en met het juiste instrument zijn gedaan. Andere meetinstrumenten gebruiken naast de voorgeschreven instrumenten is altijd toegestaan. Deze hoeven dan niet te worden gerapporteerd aan ForZo.

Voor klinische settingen geldt dat verlofdagen onderdeel zijn van de behandeling. Deze verlofdagen tellen mee in de termijn van 92 dagen (binnen 3 maanden). Hetzelfde geldt voor afwezigheid vanwege opname in het ziekenhuis of onttrekking. Dit betekent dat niet alleen de verblijfsdagen met overnachting worden geteld, maar dat het de gehele opname betreft.

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 meettermijnen vastgesteld. Deze zijn bij de desbetreffende indicatoren te vinden.

5. Normering

Ook dit jaar heeft opnieuw doorontwikkeling plaatsgevonden op de normeringen.

Niet aan alle normeringen zijn financiële prikkels verbonden. Per setting is aan maximaal twee (deel)indicatoren een financiële consequentie verbonden. Dit staat weergegeven aan het begin van ieder hoofdstuk per setting. De normeringen worden vastgesteld door de leden van de voorbereidingsgroep⁴ ter vergadering. Per setting wordt gekeken naar de gemiddelde scores op de indicatoren van het vorige verslagjaar. Dat is de reden dat de normeringen tussen de settingen erg kunnen verschillen.

Om groei en ambitieniveau te prikkelen, wordt de normering ieder jaar bijgesteld. De normering zal nooit op 100% worden gesteld, aangezien de inspanning van de instelling niet de enige factor is die invloed heeft op het wel of niet kunnen afnemen van een meting.

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 begin 2020 nader geïnformeerd.

³ Voor de PPC's wordt een andere meetperiode gehanteerd: 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019.

⁴ Zie pagina 3 voor een overzicht van alle vertegenwoordigers per aandachtsgebied.

6.2 Setting waarover gerapporteerd moet worden

De indicatorenengids hanteert een indeling van de volgende settings:

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

Let op: voor instellingen die zowel zorg leveren (eerste opnames) aan tbs-gestelden 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.

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 noemers en tellers.

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 verslagjaar (als indicatie voor de verwachte instroom in het desbetreffende verslagjaar). 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 verslagjaar 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 2018 worden alle zorgaanbieders geïnformeerd door ForZo/JJI over welke typen van zorg zij zich dienen te verantwoorden.

6.4 Behandeling en begeleiding

De voorbereidingsgroep heeft bij het opstellen van de definities gelet op eenduidig taalgebruik. Omdat deze set zowel op de klinische als de ambulante settings van toepassing is, wordt zoveel mogelijk gesproken over behandeling. In de klinische settings wordt hiermee (ook) 'opname' of 'verblijf' bedoeld.

Daar waar het Beschermd wonen/ambulante begeleiding betreft wordt gesproken over begeleiding.

6.5 Cliënt of patiënt

In deze indicatorenengids 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. Ontwikkelagenda 2020

ForZo/JJI is momenteel bezig met het doorontwikkelen van het kwaliteitsbeleid. Om die reden is besloten om de prestatie-indicatoren in 2020 zo stabiel mogelijk te houden, er zullen derhalve geen grote wijzigingen worden doorgevoerd.

8. Schematische weergave indicatoren per setting

- Indicator 0: Het totaal aantal forensische patiënten dat in het verslagjaar bij de organisatie in behandeling/begeleiding is geweest
- Indicator 1: Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek bij patiënten
- Indicator 2: Continuïteit van zorg na afloop van de strafrechtelijke titel
- Indicator 3: Het op systematische wijze meten van het recidiverisico
- Indicator 4: Het meten van de verandering van het recidiverisico
- Indicator 5: Recidive tijdens en na afloop van de strafrechtelijke titel
- Indicator 6: Voortijdige beëindiging van de behandel- of begeleidingsovereenkomst
- Indicator 7: Agressie-incidenten
- Indicator 8: Patiëntervaring over de (voortgang van de) behandeling/begeleiding

FPC

| Verplichte indicatoren | (Voorgeschreven) meetinstrumenten | Meetperiode | Normering | Financiële consequentie |
|---|---|---|-----------|-------------------------|
| Indicator 0 | - | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| Indicator 1 | HoNOS, DROS, Mate7, MANSA & STABLE-2007 | van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 | 50% | Nee |
| 1.1 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | 50% | Ja € |
| 1.2 € | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| 1.3 | | | | |
| Indicator 3 | HCR-20 ^{V3} of HKT-R | van 1 juli 2018 tot en met 30 juni 2019 | 75% | Nee |
| 3.1 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | 75% | Ja € |
| 3.2 € | | | | |
| Indicator 4 | K-factoren van de HKT-R | van 1 juli 2018 tot en met 30 juni 2019 | 70% | Nee |
| 4.1 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| 4.2 | | | | |
| Indicator 7 | - | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| 7.1 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| 7.2 | | | | |
| Indicator 8 | - | | - | Nee |
| <p>Voor de setting FPC zijn de volgende noemers/tellers gelijk aan elkaar: 0 = noemer 7.2 teller 2.1 = noemer 2.2 noemer 3.1 = noemer 4.1 noemer 3.2 = noemer 4.2</p> | | | | |

PPC

| Verplichte indicatoren | (voorgeschreven) Meetinstrumenten | Meetperiode ⁵ | Normering | Financiële consequentie |
|---|-----------------------------------|--|-------------------|-------------------------|
| Indicator 0 | - | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| Indicator 1 1.1 € 1.2 1.3 | BPRS | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | 60% 55% - | Ja € Nee Nee |
| Indicator 2 2.1 2.2 2.3 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - 65% - | Nee Nee Nee |
| Indicator 3 3.1 € 3.2 3.3 | HCR-20 ^{V3} of HKT-R | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | 75% 75% 75% | Ja € Nee Nee |
| Indicator 4 4.1 4.2 | K-factoren van de HKT-R | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | 75% - | Nee Nee |
| Indicator 7 7.1 7.2 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| Indicator 8 | | | - | Nee |
| Voor de setting PPC zijn de volgende noemers/tellers gelijk aan elkaar: 0 = noemer 7.2 noemer 3.1 = noemer 4.1 teller 2.1 = noemer 2.2 | | | | |

⁵ Indicator 1.2: Let op dat hierbij de patiënten geïncludeerd worden die in november/ december 2018 zijn opgenomen en langer dan 8 weken in behandeling waren in verslagjaar 2019. (Dat betekent dat er vanaf 1 januari 2019 8 weken teruggerekend wordt).

Klinische zorg overig

| Verplichte indicatoren | (voorgeschreven) Meetinstrumenten | Meetperiode | Normering | Financiële consequentie |
|------------------------|---|---|--------------|-------------------------|
| Indicator 0 | - | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| Indicator 1 | HoNOS, DROS, Mate7, MANSA & STABLE-2007 | van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 | 65% | Ja € |
| 1.1 € | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | 55% | Nee |
| 1.2 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| 1.3 | | | | |
| Indicator 2 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | | |
| 2.1 | | | - | Nee |
| 2.2 | | | - | Nee |
| Indicator 3 | HCR-20 ^{v3} of HKT-R | | | |
| 3.1 € | | van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 | 55% | Ja € |
| 3.2 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | 70% | Nee |
| Indicator 4 | K-factoren van de HKT-R | | | |
| 4.1 | | van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 | 70% | Nee |
| 4.2 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| Indicator 6 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | Maximaal 33% | Nee |
| Indicator 7 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| 7.1 | | | | |
| 7.2 | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|---|-----|
| Indicator 8 | | | - | Nee |
| Voor de setting Klinisch overig zijn de volgende noemers/tellers gelijk aan elkaar: 0 = noemer 7.2 teller 2.1 = noemer 2.2 noemer 3.1 = noemer 4.1 noemer 3.2 = noemer 4.2 | | | | |

Ambulante behandeling

| Verplichte indicatoren | (Voorgeschreven) meetinstrumenten | Meetperiode | Normering | Financiële consequentie |
|--|---|---|--------------|-------------------------|
| Indicator 0 | - | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| Indicator 1 | HoNOS, DROS, Mate7, MANSA & STABLE-2007 | van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 | 50% | Ja € |
| 1.1 € | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | 35% | Nee |
| 1.2 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| 1.3 | | | | |
| Indicator 2 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | | |
| 2.1 | | | - | Nee |
| 2.2 | | | - | Nee |
| Indicator 3 | FARE | van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 | 40% | Ja € |
| 3.1 € | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| 3.2 | | | | |
| Indicator 6 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | Maximaal 33% | 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 | - | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| Indicator 2 2.1 2.2 | - | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - - | Nee Nee |
| Indicator 6 | - | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | Maximaal 33% | Nee |
| Indicator 8 | - | | - | Nee |
| <p>Voor de setting Beschermd wonen/ambulante begeleiding zijn de volgende noemers/tellers gelijk aan elkaar: teller 2.1= noemer 2.2</p> | | | | |

Setting FPC

| Verplichte indicatoren | (Voorgeschreven) meetinstrumenten | Meetperiode | Normering | Financiële consequentie |
|---|---|---|-----------|-------------------------|
| Indicator 0 | - | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| Indicator 1 | HoNOS, DROS, Mate7, MANSA & STABLE-2007 | van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 | 50% | Nee |
| 1.1 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | 50% | Ja € |
| 1.2 € | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| 1.3 | | | | |
| Indicator 3 | HCR-20 ^{v3} of HKT-R | van 1 juli 2018 tot en met 30 juni 2019 | 75% | Nee |
| 3.1 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | 75% | Ja € |
| 3.2 € | | | | |
| Indicator 4 | K-factoren van de HKT-R | van 1 juli 2018 tot en met 30 juni 2019 | 70% | Nee |
| 4.1 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| 4.2 | | | | |
| Indicator 7 | - | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| 7.1 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| 7.2 | | | | |
| Indicator 8 | - | | - | Nee |
| <p>Voor de setting FPC zijn de volgende noemers/tellers gelijk aan elkaar: 0 = noemer 7.2 teller 2.1 = noemer 2.2 noemer 3.1 = noemer 4.1 noemer 3.2 = noemer 4.2</p> | | | | |

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

Onderbouwing Het totaal aantal forensische patiënten dat in het verslagjaar bij de organisatie in behandeling/begeleiding 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 wijzigingen.

Beschrijving Indicator 0: Aantal forensische patiënten in zorg
Het totaal aantal patiënten (met een forensische zorgtitel) dat in het verslagjaar (van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019) in behandeling/begeleiding 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. Overleden patiënten worden geëxcludeerd.

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 met of over de patiënt in een teamoverleg of in het overleg met de zorginkoper.

Uitgangspunt is dat bij elke patiënt die voor een periode van langer dan 3 maanden in behandeling is geweest een beginmeting wordt gedaan. Als een patiënt langer dan 6 maanden in behandeling is geweest, dient er een vervolgmeting 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 en een eindmeting bij ontslag.

Samengevat:

- Er moet een beginmeting zijn als een patiënt langer dan 3 maanden in behandeling is geweest;
- Er moet een jaarlijkse vervolgmeting zijn als een patiënt langer dan een jaar in behandeling is geweest;
- Er moet een eindmeting zijn als een patiënt met ontslag gaat en langer dan 6 maanden in behandeling is geweest.

Wijziging De normeringen zijn aangepast.

Instrumenten De behandelaar maakt een keuze uit een van de vier voorgeschreven instrumenten. Geadviseerd wordt om het meest geschikte instrument voor iedere DBBC-hoofdgroep te gebruiken. Alle onderstaande instrumenten zijn echter geldig.

| DBBC-hoofdgroep | Instrument |
|---|---------------------|
| Algemeen | HoNOS |
| LVB (ook in combinatie met persoonlijkheidsstoornissen, verslaving of seksuele stoornissen) | 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 langer dan drie maanden in behandeling zijn. Dit betreft patiënten die gestart zijn met behandeling in de periode van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019.

Noemer 1.1 Het totaal aantal patiënten dat in het verslagjaar op enig moment langer dan drie maanden in behandeling was. Dit betreft patiënten voor wie de start van de behandeling plaatsvond in de periode van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 en van wie de behandeling langer duurde dan 3 maanden.

Stap 1. Selecteer alle patiënten die in de periode van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 zijn gestart met de behandeling.

Stap 2. Selecteer van deze patiënten alle patiënten die op enig moment langer 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, deze blijft geïncludeerd.

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: Vervolgmeting

Het percentage patiënten dat in het verslagjaar langer dan een jaar in behandeling is geweest en bij wie jaarlijks aantoonbaar de ernst van de problematiek is gemeten met één van de voorgeschreven instrumenten.⁶

Noemer 1.2

Het totaal aantal patiënten dat in het verslagjaar op enig moment langer dan 1 jaar bij de instelling in behandeling is geweest.

Stap 1. Selecteer alle patiënten die in behandeling zijn geweest in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019.

Stap 2. Selecteer van deze groep alle patiënten bij wie de behandeling langer dan 1 jaar 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, deze blijft geïncludeerd.

Stap 4. Excludeer de patiënten bij wie in het verslagjaar een beginmeting is afgenomen.

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 één van de voorgeschreven instrumenten. De vervolgmeting 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 en bij wie de vervolgmeting heeft plaatsgevonden in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019, de ernst van de problematiek is gemeten met één van de volgende instrumenten:

- HoNOS
- Mate7
- DROS

⁶ Let op: bij deze indicator worden alleen patiënten tot en met transmuraal verlof geïncludeerd.

- MANSA & STABLE-2007.

Stap 3. Selecteer daarnaast uit stap 1 de patiënten die in het verslagjaar uitgestroomd zijn met een geldige meting, waarbij de meting in het vorige verslagjaar (2018) heeft plaatsgevonden.

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

Indicator 1.3: Eindmeting

Het percentage patiënten dat in het verslagjaar langer dan 6 maanden in behandeling is geweest⁷ en bij wie uiterlijk binnen 3 maanden voor ontslag tot en met 14 dagen na ontslag een eindmeting is gedaan met een van de voorgeschreven instrumenten.

Noemer 1.3

Het aantal patiënten dat in het verslagjaar is ontslagen en van wie de behandeling langer dan 6 maanden duurde.

Stap 1. Selecteer de patiënten die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 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, deze blijft geïnccludeerd.

Teller 1.3

Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar uiterlijk binnen 3 maanden voor ontslag tot en met 14 dagen na ontslag een eindmeting is gedaan met één van de voorgeschreven instrumenten.

Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 1.3.

Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten bij wie uiterlijk binnen 3 maanden voor ontslag tot en met 14 dagen na ontslag een eindmeting is gedaan met één van de volgende instrumenten:

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

Exclusie

Deze 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).

Nadere omschrijving DBBC-systematiek

De start van de behandeling voor de klinische settings 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

⁷ Let op: bij deze indicator worden alleen patiënten tot en met transmuraal verlof geïnccludeerd.

Normering

Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2019 de volgende normeringen gehanteerd:

Indicator 1.1: beginmeting: 50%

Indicator 1.2: vervolgmeting: 50%. Let op: Aan het niet behalen van deze normering is een financiële consequentie verbonden.

Indicator 1.3: niet genormeerd.

Indicator 3: Het op systematische wijze meten van het recidiverisico

Onderbouwing In de Wet 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”. 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.

Beschrijving stap voor stap

Indicator 3.1: Beginmeting

Het percentage patiënten bij wie in de periode van 1 juli 2018 tot en met 30 juni 2019 aantoonbaar binnen 6 maanden na in behandeling te zijn genomen een beginmeting is gedaan met de HCR-20^{V3} of de HKT-R en van wie de behandelduur langer dan 6 maanden is.

Noemer 3.1 Het totaal aantal patiënten dat in de periode van 1 juli 2018 tot en met 30 juni 2019 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 in de periode van 1 juli 2018 tot en met 30 juni 2019 in behandeling zijn gekomen.

Stap 2. Excludeer de patiënten met een preventieve hechtenis of schorsing van preventieve hechtenis.

Stap 3. Excludeer de patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep verdiepingsdiagnostiek is geopend.

Stap 4. Selecteer van deze groep 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.

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: Vervolgmeting

Het percentage patiënten dat in het verslagjaar langer dan 1 jaar in behandeling is geweest en bij wie jaarlijks een vervolgmeting is gedaan met de HCR-20^{V3} of de HKT-R.⁸

Noemer 3.2 Het totaal aantal patiënten dat in het verslagjaar langer dan 1 jaar in behandeling was.

Stap 1. Selecteer alle patiënten die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 in behandeling waren.

Stap 2. Excludeer de patiënten met een preventieve hechtenis of schorsing van preventieve hechtenis.

Stap 3. Excludeer de patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep verdiepingsdiagnostiek is geopend.

⁸ Let op: bij deze indicator worden patiënten tot en met proefverlof geïncludeerd.

Stap 4. Selecteer van deze groep alle patiënten bij wie de behandeling langer dan 1 jaar duurde.

Stap 5. Excludeer de patiënten bij wie in het verslagjaar een beginmeting is afgenomen.

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 in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 een vervolgmeting met de HCR-20^{V3} of de HKT-R is afgenomen.

Stap 3. Selecteer hiervan de patiënten bij wie de meting binnen 1 jaar na de vorige meting is afgenomen.

Stap 4. Selecteer daarnaast uit stap 1 de patiënten die in het verslagjaar uitgestroomd zijn met een geldige meting, waarbij de meting in het vorige verslagjaar (2018) heeft plaatsgevonden.

Stap 5. Tel de patiënten uit stap 3 en 4 bij elkaar op.

NB. Geldige meting: een meting met de HCR-20^{V3} of de HKT-R is 1 jaar geldig.

NB. De patiënten uit de noemer tellen slechts één keer mee in de teller, ook wanneer zij meerdere geldige metingen hebben gehad.

Exclusie

Deze 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.

Mogelijke bronnen

DBBC-registratie, MITS, EPD en dossier.

Normering

Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2019 de volgende normeringen gehanteerd:

Indicator 3.1: beginmeting: 75%.

Indicator 3.2: vervolgmeting: 75%. Let op: aan het niet behalen van deze normering 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.

Wijziging De normering is aangepast.

Beschrijving stap voor stap

Indicator 4.1: Beginmeting

Het percentage patiënten bij wie aantoonbaar binnen 6 maanden na start behandeling een beginmeting is gedaan van de K-factoren van de HKT-R. Het betreft hier alle patiënten die in de periode van 1 juli 2018 tot en met 30 juni 2019 in behandeling zijn gekomen en waarvan de verblijfsduur/behandelduur langer dan 6 maanden is.

Noemer 4.1 Het totaal aantal patiënten dat in de periode van 1 juli 2018 tot en met 30 juni 2019 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 in de periode van 1 juli 2018 tot en met 30 juni 2019 in behandeling zijn gekomen.

Stap 2. Excludeer de patiënten met een preventieve hechtenis of schorsing van preventieve hechtenis.

Stap 3. Excludeer de patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep verdiepingsdiagnostiek is geopend.

Stap 4. 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.

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: Vervolgmeting

Het percentage patiënten dat in het verslagjaar langer dan 1 jaar in behandeling is geweest en bij wie jaarlijks een meting is gedaan van de K-factoren van de HKT-R.⁹

Noemer 4.2 Het totaal aantal patiënten dat in het verslagjaar langer dan 1 jaar in behandeling was.

Stap 1. Selecteer de patiënten die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 in behandeling waren.

Stap 2. Excludeer de patiënten met een preventieve hechtenis of schorsing van preventieve hechtenis.

Stap 3. Excludeer de patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep verdiepingsdiagnostiek is geopend.

Stap 4. Selecteer van deze groep de patiënten bij wie de behandeling langer dan 1 jaar duurde.

⁹ Let op: bij deze indicator worden patiënten tot en met proefverlof geïnccludeerd.

Stap 5. Excludeer de patiënten bij wie in het verslagjaar een beginmeting is afgenomen.

- Teller 4.2** Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen 1 jaar na de vorige meting een meting van de K-factoren van de HKT-R is gedaan. De vervolgmeting 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 in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 een vervolgmeting is afgenomen met de K-factoren van de HKT-R.
- Stap 3.** Selecteer hiervan de patiënten bij wie de meting binnen 1 jaar na de vorige meting is afgenomen.
- Stap 4.** Selecteer daarnaast uit stap 1 de patiënten die in het verslagjaar uitgestroomd zijn met een geldige meting, waarbij de meting in het vorige verslagjaar (2018) heeft plaatsgevonden.
- Stap 5.** Tel de patiënten uit stap 3 en 4 bij elkaar op.
- NB.** Geldige meting: een meting met de HKT-R is 1 jaar geldig.
NB. De patiënten uit de noemer tellen slechts één keer mee in de teller, ook wanneer zij meerdere geldige metingen hebben gehad.
- 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.
- Mogelijke bronnen** DBBC-registratie, MITS, EPD en dossier
- Normering** Voor de aanlevering van deze indicator wordt door ForZo/JJI in 2019 de volgende normering gehanteerd:
Indicator 4.1: beginmeting: 70%.
Indicator 4.2: niet genormeerd.

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 2019 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.

Wijziging Deze indicator komt tijdelijk te vervallen.

Indicator 7: Agressie-incidenten

Onderbouwing Gewelddincidenten in de behandelsetting moeten zoveel mogelijk voorkomen worden. Het effectief behandelen van agressieve patiënten draagt bij aan het verminderen van de kans op gewelddincidenten. Om als zorginstelling effectief iets tegen gewelddincidenten te doen, dient het veiligheidsmanagement daarop ingericht te zijn. Belangrijk onderdeel van een adequaat veiligheidsmanagement is een cultuur waarin incidenten veilig gemeld kunnen worden, zodat ervan geleerd kan worden. Bereidheid tot en het melden van incidenten is een fundamentele voorwaarde om patiënt- en medewerkersveiligheid te bevorderen. Het aantal meldingen is echter vooral indicatief in relatie met de context. Daartoe is dit afgezet tegen respectievelijk het totaal aantal incidentmeldingen en het aantal patiënten.

Wijziging Geen wijzigingen.

Beschrijving GGZ Nederland heeft als richtlijn de Handreiking Veilig Incident Melden¹⁰ opgesteld (met als opdrachtgever de Stuurgroep Veilige zorg, ieders zorg) in het kader van het patiëntveiligheidsprogramma ggz. De versie is herzien in 2012 op basis van de ervaringen van ggz-instellingen. Op pagina 8 wordt de volgende definitie van incidenten voorgesteld: *“Het uitgangspunt is dat zoveel mogelijk incidenten worden gemeld en geanalyseerd. Dit vraagt om een brede omschrijving van de te melden incidenten: het melden van ‘alles wat niet de bedoeling is’. Het gaat daarbij niet alleen om gebeurtenissen die daadwerkelijk tot schade voor patiënten en medewerkers hebben geleid, maar ook om ‘near misses’ en gesignaleerde veiligheidsrisico’s (legemaate e.a., 2007).”*

Hierin bevindt zich een hoofdclassificatie, die van toepassing is op alle ggz-instellingen en 9 typen incidenten bevat:

1. Agressie en grensoverschrijdend gedrag
2. Brandincident
3. Dwang & Drang incident
4. Laboratorium incident
5. Medicatie-incident
6. Somatisch incident
7. Suïcide
8. Valincident
9. Vermissing-ontvluchting

Agressie-incidenten worden op bladzijde 9 als volgt gedefinieerd: *“... alle handelingen door een groep of individu die door diegene die deze ondergaat als vijandig, vernederend of intimiderend worden beschouwd (ervaren). Het kan hierbij gaan om:*

- *schelden, dreigen, manipuleren*
- *slaan, schoppen, bijten, prikken, steken*
- *intimideren*
- *met spullen gooien*

10

<http://www.ggz nederland.nl/uploads/publication/Handreiking%20VIM%20Veilig%20incidenten%20melden%20en%20analyseren.pdf>

- *spugen*
- *discrimineren*
- *pesten, treiteren, belachelijk maken*
- *duwen, trekken*
- *seksueel overschrijdend geweld.*

In de rapportagematrix komt in beeld tegen wie de agressie is gericht (patiënten, medewerkers, patiëntengroepen)."

In de indicator betreft het alle meldingen uit de categorie 'Agressie en grensoverschrijdend gedrag', ongeacht tegen wie of wat het gericht is.

Beschrijving stap voor stap

Indicator 7.1: Het aandeel agressie-incidenten over alle incidenten

Het percentage gemelde agressie-incidenten door patiënten als aandeel van het totaal aantal gemelde incidenten.

Noemer 7.1 Het totaal aantal meldingen in alle 9 categorieën dat gedurende het verslagjaar is geregistreerd in het meldsysteem/de meldsystemen.¹¹
Stap 1. Selecteer alle meldingen die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 in het meldsysteem zijn geregistreerd.

Teller 7.1 Het aantal meldingen dat in het verslagjaar is geregistreerd in de categorie 'Agressie en grensoverschrijdend gedrag'.
Stap 1. Selecteer alle meldingen die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 in het meldsysteem zijn geregistreerd in de categorie 'Agressie en grensoverschrijdend gedrag'.

Indicator 7.2: Het aandeel agressie-incidenten over alle patiënten

Het aantal gemelde agressie-incidenten door patiënten, afgezet tegen het totaal aantal patiënten dat gedurende het verslagjaar in behandeling is geweest.

Noemer 7.2 Het totaal aantal patiënten dat gedurende het verslagjaar op enig moment in behandeling of begeleiding is geweest bij de zorgaanbieder.
Stap 1. Selecteer de patiënten die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 in behandeling of begeleiding zijn geweest.

Teller 7.2 Het aantal meldingen dat in het verslagjaar is geregistreerd in de categorie 'Agressie en grensoverschrijdend gedrag'. Dit is dezelfde teller als bij 7.1.
Stap 1. Selecteer alle meldingen die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 in het meldsysteem zijn geregistreerd in de categorie 'Agressie en grensoverschrijdend gedrag'.

Mogelijke bronnen

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

Normering Deze indicator wordt niet genormeerd door ForZo/JJI.

¹¹ Meldsystemen zoals VIM / FONA / MIP-MAG / SMILE / etc.

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 Geen wijzigingen.

Beschrijving

Indicator 8 Noem twee verbeterpunten voortkomend uit uw laatste patiënttevredenheids-onderzoek.

Met het laatste patiënttevredenheidsonderzoek wordt het meest recent uitgevoerde patiënttevredenheidsonderzoek binnen de organisatie bedoeld. De verplichting tot het gestructureerd meten van patiënttevredenheid, is vastgelegd in de inkoopstukken van ForZo. Daarin staat dat het patiënttevredenheidsonderzoek minstens eens per twee jaar wordt uitgevoerd. Om die reden kan het voorkomen dat er in twee opeenvolgende verslagjaren verbeterpunten uit hetzelfde patiënttevredenheidsonderzoek worden aangeleverd.

Indien in het patiënttevredenheidsonderzoek ook niet-forensische patiënten zijn bevroegd, selecteer dan uitsluitend de verbeterpunten die betrekking hebben op forensische populatie.

Setting PPC

| Verplichte indicatoren | (voorgeschreven) Meetinstrumenten | Meetperiode ¹² | Normering | Financiële consequentie |
|---|-----------------------------------|--|-------------------|-------------------------|
| Indicator 0 | - | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| Indicator 1 1.1 € 1.2 1.3 | BPRS | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | 60% 55% - | Ja € Nee Nee |
| Indicator 2 2.1 2.2 2.3 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - 65% - | Nee Nee Nee |
| Indicator 3 3.1 € 3.2 3.3 | HCR-20 ^{V3} of HKT-R | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | 75% 75% 75% | Ja € Nee Nee |
| Indicator 4 4.1 4.2 | K-factoren van de HKT-R | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | 75% - | Nee Nee |
| Indicator 7 7.1 7.2 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| Indicator 8 | | | - | Nee |
| Voor de setting PPC zijn de volgende noemers/tellers gelijk aan elkaar: 0 = noemer 7.2 noemer 3.1 = noemer 4.1 teller 2.1 = noemer 2.2 | | | | |

¹² Indicator 1.2: Let op dat hierbij de patiënten geïncludeerd worden die in november/ december 2018 zijn opgenomen en langer dan 8 weken in behandeling waren in verslagjaar 2019. (Dat betekent dat er vanaf 1 januari 2019 8 weken teruggerekend wordt).

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

Onderbouwing Het totaal aantal forensische patiënten dat in het verslagjaar bij de organisatie in behandeling/begeleiding 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 wijzigingen.

Beschrijving Indicator 0: Aantal forensische patiënten in zorg
Het totaal aantal patiënten (met een forensische zorgtitel) dat in het verslagjaar (van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019) in behandeling/begeleiding 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. Overleden patiënten worden geëxcludeerd.

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 De normeringen en meettermijnen zijn aangepast.

Beschrijving stap voor stap

Indicator 1.1: Beginmeting

Het percentage patiënten bij wie gedurende het verslagjaar binnen 14 dagen na start behandeling aantoonbaar een beginmeting is gedaan van de ernst van de aandoening met de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) van alle patiënten die in het verslagjaar zijn opgenomen. Dit betreft dus alle patiënten die gestart zijn met behandeling in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019.

Noemer 1.1 Het aantal patiënten dat in het verslagjaar is opgenomen.
Stap 1. Selecteer alle patiënten die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 zijn opgenomen in het PPC.

Teller 1.1 Het aantal patiënten uit de noemer bij wie binnen 14 dagen 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 14 dagen na start behandeling een beginmeting is gedaan van de ernst van de aandoening met de BPRS.

Indicator 1.2: Vervolgmeting

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 in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 in behandeling zijn geweest bij het PPC¹³.
Stap 2. Selecteer van deze groep alle patiënten bij wie de behandeling langer dan 8 weken duurde.

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

¹³ Let op dat hierbij de patiënten geïnccludeerd worden die in november/ december 2018 zijn opgenomen en langer dan 8 weken in behandeling waren in verslagjaar 2019.

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 14 dagen in behandeling was en bij wie uiterlijk binnen 14 dagen 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 14 dagen in behandeling was.

Stap 1. Selecteer de patiënten die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 in behandeling waren binnen het PPC.

Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten die langer dan 14 dagen in behandeling waren in het PPC.

Teller 1.3 Het aantal patiënten uit de noemer bij wie uiterlijk binnen 14 dagen 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 14 dagen voor ontslag eindmeting is gedaan met hetzelfde instrument als bij indicator 1.1, te weten de BPRS.

Exclusie Geen

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 2019 de volgende normeringen gehanteerd:

Indicator 1.1: beginmeting: 60%. Let op: Aan het niet behalen van deze normering is een financiële consequentie verbonden.

Indicator 1.2: vervolgmeting: 55%.

Indicator 1.3: niet genormeerd.

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 of dient te krijgen bij een andere aanbieder.

Wijziging Geen wijzigingen

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 in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019.

Stap 2. Excludeer patiënten die met de status ongewenst vreemdeling worden uitgezet.

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 en/of een civielrechtelijke Rechterlijke Machtiging (RM) dan wel een In Bewaring Stelling (IBS) is afgegeven.

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

Stap 1. Neem de patiënten uit teller 2.1.

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 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 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 het gevangeniswezen (GW).

NB. Preventief gehechten worden geïnccludeerd.

Stap 1. Selecteer de groep patiënten die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 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 in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 voor afloop van hun strafrechtelijke titel zijn doorgeplaatst naar zorgaanbieders buiten GW voor vervolgzorg.

Exclusie Geen

Nadere omschrijving DBBC-systematiek

Het gaat om DBBC's met een einddatum die in het verslagjaar (van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019) 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 2019 de volgende normeringen gehanteerd:

Indicator 2.1: niet genormeerd.

Indicator 2.2: 65%.

Indicator 2.3: niet genormeerd.

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”. 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 normeringen en meettermijnen zijn aangepast.

Beschrijving stap voor stap

Indicator 3.1: Beginmeting

Het percentage patiënten bij wie gedurende het verslagjaar aantoonbaar binnen 3 maanden na opname de H-items en de K-items van de HKT-R zijn afgenomen.

Noemer 3.1 Het totaal aantal patiënten dat in het verslagjaar is opgenomen. Dit betreft uitsluitend patiënten die op enig moment langer dan 3 maanden in behandeling waren.

Stap 1. Selecteer de patiënten die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 zijn opgenomen in het PPC.¹⁴

Stap 2. Selecteer van deze groep 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 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 3 maanden na opname de H-items en de K-items van de HKT-R zijn afgenomen.

Indicator 3.2: Vervolgmeting

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

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

Stap 1. Selecteer alle patiënten die in de periode van 1 januari 2019 en 31 december 2019 in behandeling waren.

Stap 2. Selecteer van deze groep alle patiënten bij wie de behandeling langer dan 1 jaar duurde.

Teller 3.2 Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen 1 jaar na de vorige meting 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 in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 een vervolgmeting is afgenomen met de H-items en de K-items van de HKT-R.

¹⁴ Let op dat hierbij de patiënten geïnccludeerd worden die in oktober/november/december 2018 zijn opgenomen en langer dan 3 maanden in behandeling waren in verslagjaar 2019.

Stap 3. Selecteer hiervan de patiënten bij wie de meting binnen 1 jaar na de vorige meting is afgenomen.

Stap 4. Selecteer daarnaast uit stap 1 de patiënten die in het verslagjaar uitgestroomd zijn met een geldige meting, waarbij de meting in het vorige verslagjaar (2018) heeft plaatsgevonden.

Stap 5. Tel de patiënten uit stap 3 en 4 bij elkaar op.

NB. Geldige meting: een meting met de HKT-R is 1 jaar geldig.

NB. De patiënten uit de noemer tellen slechts één keer mee in de teller, ook wanneer zij meerdere geldige metingen hebben gehad.

Indicator 3.3: Eindmeting

Het percentage patiënten bij wie gedurende het verslagjaar aantoonbaar binnen een week voor ontslag tot en met 14 dagen na 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 2019 is ontslagen en niet horizontaal binnen het gevangeniswezen is doorgeplaatst.

Stap 1. Selecteer het aantal patiënten dat in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 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 tot en met 14 dagen na 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 tot en met 14 dagen na 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 het PPC wordt doorgeplaatst binnen het gevangeniswezen, hoeven de T-items van de HKT-R niet te worden afgenomen.

Exclusie Geen

Mogelijke bronnen

DBBC-registratie en EPD.

Normering

Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2019 de volgende normeringen gehanteerd:

Indicator 3.1: beginmeting: 75%. Let op: Aan het niet behalen van deze normering is een financiële consequentie verbonden.

Indicator 3.2: vervolgmeting: 75%

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.

Wijziging De normering is aangepast.

Beschrijving stap voor stap

Indicator 4.1: Beginmeting

Het percentage patiënten bij wie aantoonbaar binnen 3 maanden na opname de K-factoren van de HKT-R zijn afgenomen.

Noemer 4.1 Het totaal aantal patiënten dat in het verslagjaar is opgenomen. Dit betreft uitsluitend patiënten die op enig moment langer dan 3 maanden in behandeling waren.

Stap 1. Selecteer de patiënten die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 zijn opgenomen in het PPC.¹⁵

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 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 3 maanden na opname de K-factoren van de HKT-R zijn afgenomen.

Indicator 4.2: Vervolgmeting

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 het verslagjaar op enig moment langer dan 1 jaar was opgenomen.

Stap 1. Selecteer alle patiënten die in de periode van 1 januari 2019 en 31 december 2019 in behandeling waren.

Stap 2. Selecteer van deze groep alle patiënten bij wie de behandeling langer dan 1 jaar duurde.

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 in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 een vervolgmeting is afgenomen met de K-factoren van de HKT-R.

Stap 3. Selecteer hiervan de patiënten bij wie de meting binnen 1 jaar na de vorige meting is afgenomen.

Stap 4. Selecteer daarnaast uit stap 1 de patiënten die in het verslagjaar uitgestroomd zijn met een geldige meting, waarbij de meting in het vorige verslagjaar (2018) heeft plaatsgevonden.

Stap 5. Tel de patiënten uit stap 3 en 4 bij elkaar op.

¹⁵ Let op dat hierbij de patiënten geïnccludeerd worden die in oktober/november/ december 2018 zijn opgenomen en langer dan 3 maanden in behandeling waren in verslagjaar 2019.

NB. Geldige meting: een meting met de HKT-R is 1 jaar geldig.
NB. De patiënten uit de noemer tellen slechts één keer mee in de teller, ook wanneer zij meerdere geldige metingen hebben gehad.

Exclusie Geen

Mogelijke bronnen

DBBC-registratie en EPD.

Normering Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2019 de volgende normeringen gehanteerd:

Indicator 4.1: 75%.

Indicator 4.2: niet genormeerd.

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 2019 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.

Wijziging Deze indicator komt tijdelijk te vervallen.

Indicator 7: Agressie-incidenten

Onderbouwing Gewelddincidenten in de behandelsetting moeten zoveel mogelijk voorkomen worden. Het effectief behandelen van agressieve patiënten draagt bij aan het verminderen van de kans op gewelddincidenten. Om als zorginstelling effectief iets tegen gewelddincidenten te doen, dient het veiligheidsmanagement daarop ingericht te zijn. Belangrijk onderdeel van een adequaat veiligheidsmanagement is een cultuur waarin incidenten veilig gemeld kunnen worden, zodat ervan geleerd kan worden. Bereidheid tot en het melden van incidenten is een fundamentele voorwaarde om patiënt- en medewerkersveiligheid te bevorderen. Het aantal meldingen is echter vooral indicatief in relatie met de context. Daartoe is dit afgezet tegen respectievelijk het totaal aantal incidentmeldingen en het aantal patiënten.

Wijziging Geen wijziging.

Beschrijving GGZ Nederland heeft als richtlijn de Handreiking Veilig Incident Melden¹⁶ opgesteld (met als opdrachtgever de Stuurgroep Veilige zorg, ieders zorg) in het kader van het patiëntveiligheidsprogramma ggz. De versie is herzien in 2012 op basis van de ervaringen van ggz-instellingen. Op pagina 8 wordt de volgende definitie van incidenten voorgesteld: *“Het uitgangspunt is dat zoveel mogelijk incidenten worden gemeld en geanalyseerd. Dit vraagt om een brede omschrijving van de te melden incidenten: het melden van ‘alles wat niet de bedoeling is’. Het gaat daarbij niet alleen om gebeurtenissen die daadwerkelijk tot schade voor patiënten en medewerkers hebben geleid, maar ook om ‘near misses’ en gesignaleerde veiligheidsrisico’s (legemaate e.a., 2007).”*

Hierin bevindt zich een hoofdclassificatie, die van toepassing is op alle ggz-instellingen en 9 typen incidenten bevat:

1. Agressie en grensoverschrijdend gedrag
2. Brandincident
3. Dwang & Drang incident
4. Laboratorium incident
5. Medicatie-incident
6. Somatisch incident
7. Suïcide
8. Valincident
9. Vermissing-ontvluchting

Agressie-incidenten worden op bladzijde 9 als volgt gedefinieerd: *“... alle handelingen door een groep of individu die door diegene die deze ondergaat als vijandig, vernederend of intimiderend worden beschouwd (ervaren). Het kan hierbij gaan om:*

- *schelden, dreigen, manipuleren*
- *slaan, schoppen, bijten, prikken, steken*
- *intimideren*
- *met spullen gooien*

16

<http://www.ggz nederland.nl/uploads/publication/Handreiking%20VIM%20Veilig%20incidenten%20melden%20en%20analyseren.pdf>

- *spugen*
- *discrimineren*
- *pesten, treiteren, belachelijk maken*
- *duwen, trekken*
- *seksueel overschrijdend geweld.*

In de rapportagematrix komt in beeld tegen wie de agressie is gericht (patiënten, medewerkers, patiëntengroepen)."

In de indicator betreft het alle meldingen uit de categorie 'Agressie en grensoverschrijdend gedrag', ongeacht tegen wie of wat het gericht is.

Beschrijving stap voor stap

Indicator 7.1: Het aandeel agressie-incidenten over alle incidenten

Het percentage gemelde agressie-incidenten door patiënten als aandeel van het totaal aantal gemelde incidenten.

Noemer 7.1 Het totaal aantal meldingen in alle 9 categorieën dat gedurende het verslagjaar is geregistreerd in het meldsysteem/de meldsystemen¹⁷.

Stap 1. Selecteer alle meldingen die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 in het meldsysteem zijn geregistreerd.

Teller 7.1 Het aantal meldingen dat in het verslagjaar is geregistreerd in de categorie 'Agressie en grensoverschrijdend gedrag'.

Stap 1. Selecteer alle meldingen die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 in het meldsysteem zijn geregistreerd in de categorie 'Agressie en grensoverschrijdend gedrag'.

Indicator 7.2: Het aandeel agressie-incidenten over alle patiënten

Het aantal gemelde agressie-incidenten door patiënten, afgezet tegen het totaal aantal patiënten dat gedurende het verslagjaar in behandeling is geweest.

Noemer 7.2 Het totaal aantal patiënten dat gedurende het verslagjaar op enig moment in behandeling of begeleiding is geweest bij de zorgaanbieder.

Stap 1. Selecteer de patiënten die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 in behandeling of begeleiding zijn geweest.

Teller 7.2 Het aantal meldingen dat in het verslagjaar is geregistreerd in de categorie 'Agressie en grensoverschrijdend gedrag'. Dit is dezelfde teller als bij 7.1.

Stap 1. Selecteer alle meldingen die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 in het meldsysteem zijn geregistreerd in de categorie 'Agressie en grensoverschrijdend gedrag'.

Mogelijke bronnen

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

Normering Deze indicator wordt niet genormeerd door ForZo/JJI.

¹⁷ Meldsystemen zoals VIM / FONA / MIP-MAG / SMILE / etc.

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 Geen wijzigingen.

Beschrijving

Indicator 8 Noem twee verbeterpunten voortkomend uit uw laatste patiënttevredenheids-onderzoek.

Met het laatste patiënttevredenheidsonderzoek wordt het meest recent uitgevoerde patiënttevredenheidsonderzoek binnen de organisatie bedoeld. De verplichting tot het gestructureerd meten van patiënttevredenheid, is vastgelegd in de inkoopstukken van ForZo. Daarin staat dat het patiënttevredenheidsonderzoek minstens eens per twee jaar wordt uitgevoerd. Om die reden kan het voorkomen dat er in twee opeenvolgende verslagjaren verbeterpunten uit hetzelfde patiënttevredenheidsonderzoek worden aangeleverd.

Indien in het patiënttevredenheidsonderzoek ook niet-forensische patiënten zijn bevraagd, selecteer dan uitsluitend de verbeterpunten die betrekking hebben op forensische populatie.

Setting Klinisch overig

| Verplichte indicatoren | (voorgeschreven) Meetinstrumenten | Meetperiode | Normering | Financiële consequentie |
|---------------------------|---|---|--------------|-------------------------|
| Indicator 0 | - | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| Indicator 1 1.2 € | HoNOS, DROS, Mate7, MANSA & STABLE-2007 | van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 | 65% | Ja € |
| 1.2 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | 55% | Nee |
| 1.3 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| Indicator 2 2.1 2.2 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - - | Nee Nee |
| Indicator 3 3.1 € | HCR-20 ^{v3} of HKT-R | van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 | 55% | Ja € |
| 3.2 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | 70% | Nee |
| Indicator 4 4.1 | K-factoren van de HKT-R | van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 | 70% | Nee |
| 4.2 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| Indicator 6 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | Maximaal 33% | Nee |
| Indicator 7 7.1 7.2 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |

| | | | | |
|--|--|--|---|-----|
| Indicator 8 | | | - | Nee |
| Voor de setting Klinisch overig zijn de volgende noemers/tellers gelijk aan elkaar: 0 = noemer 7.2 teller 2.1 = noemer 2.2 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 geweest

Onderbouwing Het totaal aantal forensische patiënten dat in het verslagjaar bij de organisatie in behandeling/begeleiding 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 wijzigingen.

Beschrijving Indicator 0: Aantal forensische patiënten in zorg
Alle settings Het totaal aantal patiënten (met een forensische zorgtitel) dat in het verslagjaar (van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019) in behandeling/begeleiding 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. Overleden patiënten worden geëxcludeerd.

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 een periode van langer dan 3 maanden in behandeling wordt genomen een beginmeting wordt gedaan. Als een patiënt langer dan 6 maanden in behandeling is geweest, dient er een vervolgmeting 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 langer dan 3 maanden in behandeling is geweest;
- Er moet een jaarlijkse vervolgmeting zijn als een patiënt langer dan een jaar in behandeling is geweest;
- Er moet een eindmeting zijn als een patiënt met ontslag gaat en langer dan 6 maanden in behandeling is geweest.

Wijziging De normeringen zijn aangepast.

Instrumenten

De behandelaar bepaalt de instrumentkeuze. Geadviseerd wordt om het meest geschikte instrument voor iedere DBBC-hoofdgroep te gebruiken. Alle onderstaande instrumenten zijn echter geldig.

| DBBC-hoofdgroep | Instrument |
|---|---------------------|
| Algemeen | HoNOS |
| LVB (ook in combinatie met persoonlijkheidsstoornissen, verslaving of seksuele stoornissen) | 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 langer dan drie maanden in behandeling zijn. Dit betreft patiënten die gestart zijn met behandeling in de periode van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019.

Noemer 1.1 Het totaal aantal patiënten dat in het verslagjaar op enig moment langer dan drie maanden in behandeling was. Dit betreft patiënten voor wie de start van de behandeling plaatsvond in de periode van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019.

Stap 1. Selecteer alle patiënten die in de periode van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 zijn gestart met de behandeling.

Stap 2. Selecteer van deze patiënten alle patiënten die op enig moment langer 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: Vervolgmeting

Het percentage patiënten dat in het verslagjaar langer dan een jaar in behandeling is geweest en bij wie jaarlijks aantoonbaar de ernst van de problematiek is gemeten met één van de voorgeschreven instrumenten.

Noemer 1.2

Het totaal aantal patiënten dat verslagjaar op enig moment langer dan 1 jaar bij de instelling in behandeling is geweest.

Stap 1. Selecteer alle patiënten die in behandeling zijn geweest in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019.

Stap 2. Selecteer van deze groep alle patiënten bij wie de behandeling langer dan 1 jaar 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, deze blijft geïnccludeerd.

Teller 1.2

Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen 1 jaar na de vorige meting en bij wie de vervolgmeting heeft plaatsgevonden in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019, de ernst van de problematiek is gemeten met één van de voorgeschreven instrumenten. De vervolgmeting 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.

Stap 3. Selecteer daarnaast uit stap 1 de patiënten die in het verslagjaar uitgestroomd zijn met een geldige meting, waarbij de meting in het vorige verslagjaar (2018) heeft plaatsgevonden.

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

Indicator 1.3: Eindmeting

Het percentage patiënten dat in het verslagjaar langer dan 6 maanden in behandeling is (geweest) en bij wie uiterlijk binnen 3 maanden voor ontslag tot en met 14 dagen na ontslag een eindmeting is gedaan met één van de voorgeschreven instrumenten.

Noemer 1.3 Het aantal patiënten dat in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 is ontslagen en van wie de behandeling langer dan 6 maanden duurde.

Stap 1. Selecteer de patiënten die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 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, deze blijft geïnccludeerd..

Teller 1.3 Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar uiterlijk binnen 3 maanden voor ontslag tot en met 14 dagen na ontslag een eindmeting is gedaan met één van de voorgeschreven instrumenten.

Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 1.3.

Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten bij wie uiterlijk binnen 3 maanden voor ontslag tot en met 14 dagen na 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)

Nadere omschrijving DBBC-systematiek

De start van de behandeling voor de klinische settings 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 2019 de volgende normeringen gehanteerd:

Indicator 1.1: beginmeting: 65%. Let op: Aan het niet behalen van deze normering is een financiële consequentie verbonden.

Indicator 1.2: vervolgmeting: 55%.

Indicator 1.3: niet genormeerd.

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 en de begeleiding van de patiënt.

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 zowel plaatsvinden bij de zorgaanbieder zelf als bij een andere zorgaanbieder.

Wijziging In plaats van meten of een verwijzing op tijd geregeld is, wordt gekeken naar de gewenste vervolgzorg voor de patiënt. Door ook te registreren waar de vervolgzorg zou moet plaatsvinden, worden de knelpunten in de continuïteit van zorg beter zichtbaar. De indicator meet de *geïndiceerde vervolgzorg* en niet de *daadwerkelijk gerealiseerde vervolgzorg*.

Beschrijving stap voor stap

Indicator 2.1

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

NB. De noodzaak voor vervolgzorg wordt bepaald door de behandelaar of door de begeleidende organisatie (zoals in het geval van een opvanginstelling, RIBW of aanbieder van ambulante begeleiding).

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 tijdens de behandeling/begeleiding bij de aanbieder.

Stap 2. Excludeer patiënten die met de status ongewenst vreemdeling worden uitgezet.

NB: binnen de DBBC-systematiek gaat het om DBBC's met een einddatum die in het verslagjaar (1 januari tot en met 31 december) 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/begeleiding 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

De mate waarin behoefte is aan verschillende categorieën vervolgzorg.

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

Stap 1. Neem de patiënten uit de teller 2.1.

Teller 2.2 Uitsplitsing naar categorieën vervolgzorg waar patiënten naar (zouden moeten) uitstromen.

Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 2.2.

Stap 2. Geef voor deze patiënten voor onderstaande categorieën vervolgzorg aan hoe vaak deze categorie is geïndiceerd.

N.B.1: De teller kan groter zijn dan de noemer, omdat er soms meerdere categorieën vervolgzorg van toepassing zijn op één patiënt.

N.B.2: Het staat instellingen vrij de geïndiceerde vervolgzorg verder te differentiëren. Voor de aanlevering van de prestatie-indicatoren moet dit te bundelen zijn naar de hieronder genoemde categorieën.

Uitstroomcategorieën

De categorieën voor vervolgzorg zijn:

1. Forensische klinische zorg:
 - 1.1 Beveiligingsniveau 3: FPK/FVK
 - 1.2 Beveiligingsniveau 2: FPA/FVA
 - 1.3 Beveiligingsniveau 1
2. Forensische ambulante behandeling (hieronder vallen ook alle vormen van FACT)¹⁸
3. Specialistische GGZ
4. Basis GGZ
5. Gespecialiseerde zorg verstandelijk gehandicapten:
 - 5.1 SGLVG/SGLVG+
 - 5.2 VG Verblijf
6. (Forensisch) Beschermd wonen (BW)
7. Maatschappelijke opvang (MO)
8. Ambulante begeleiding
9. Anders... (bijv. algemene WMO-voorziening)

Exclusie Geen

Nadere omschrijving DBBC-systematiek

Het gaat om DBBC's met een einddatum die in het verslagjaar (van 1 januari 2019) tot en met 31 december 2019) valt en sluitreden 6 'Reden van afsluiten door beëindiging strafrechtelijke titel' of sluitreden 7 'Reden voor afsluiten door onvoorzien beëindiging strafrechtelijke titel' hebben.

Mogelijke bronnen

DBBC-registratie, EPD, Tulp-GW.

Normering Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2019 de volgende normeringen gehanteerd:

Indicator 2.1: niet genormeerd.

Indicator 2.2: niet genormeerd.

¹⁸ Indien niet-forensische ambulante behandeling geïndiceerd is, valt dit onder uitstroomcategorie 3 (Specialistische GGZ) of 4 (Basis GGZ).

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'. 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.

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 of van alle patiënten die in behandeling zijn genomen in de periode van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 en waarvan de verblijfsduur/behandelduur langer dan 3 maanden is.

Noemer 3.1 Het totaal aantal patiënten dat in de periode van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 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 in de periode van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 in behandeling zijn gekomen.

Stap 2. Excludeer de patiënten met een preventieve hechtenis of schorsing van preventieve hechtenis.

Stap 3. Excludeer de patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep verdiepingsdiagnostiek is geopend.

Stap 4. Selecteer van deze groep 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.

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: Vervolgmeting

Het percentage patiënten dat in het verslagjaar langer dan een jaar in behandeling is geweest en bij wie jaarlijks aantoonbaar een meting is gedaan met de HCR-20^{V3} of de HKT-R.

Noemer 3.2 Het totaal aantal patiënten dat in het verslagjaar langer dan 1 jaar in behandeling was.

Stap 1. Selecteer alle patiënten die in de periode tussen 1 januari 2019 en 31 december 2019 in behandeling waren.

Stap 2. Excludeer de patiënten met een preventieve hechtenis of schorsing van preventieve hechtenis.

Stap 3. Excludeer de patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep verdiepingsdiagnostiek is geopend.

Stap 4. 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 in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 een vervolgmeting met de HCR-20^{V3} of de HKT-R is afgenomen.

Stap 3. Selecteer hiervan de patiënten bij wie de meting binnen 1 jaar na de vorige meting is afgenomen.

Stap 4. Selecteer daarnaast uit stap 1 de patiënten die in het verslagjaar uitgestroomd zijn met een geldige meting, waarbij de meting in het vorige verslagjaar (2018) heeft plaatsgevonden.

Stap 5. Tel de patiënten uit stap 3 en 4 bij elkaar op.

NB. Geldige meting: een meting met de HCR-20^{V3} of de HKT-R is 1 jaar geldig.

NB. De patiënten uit de noemer tellen slechts één keer mee in de teller, ook wanneer zij meerdere geldige metingen hebben gehad.

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.

Mogelijke bronnen

DBBC-registratie, MITS, EPD en dossier

Normering Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2019 de volgende normeringen gehanteerd:

Indicator 3.1: beginmeting: 55%. Let op: aan het niet behalen van deze normering is een financiële consequentie verbonden.

Indicator 3.2: vervolgmeting: 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.

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. Het betreft hier alle patiënten die in behandeling zijn gekomen in de periode van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 en waarvan de verblijfsduur/behandelduur langer dan 3 maanden is.

Noemer 4.1 Het totaal aantal patiënten dat in de periode van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 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 in de periode van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 in behandeling zijn gekomen.

Stap 2. Excludeer de patiënten met een preventieve hechtenis of schorsing van preventieve hechtenis.

Stap 3. Excludeer de patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep verdiepingsdiagnostiek is geopend.

Stap 4. 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.

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: Vervolgmeting

Het percentage patiënten dat in het verslagjaar langer dan 1 jaar in behandeling is geweest en bij wie jaarlijks 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 in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 in behandeling waren.

Stap 2. Excludeer de patiënten met een preventieve hechtenis of schorsing van preventieve hechtenis.

Stap 3. Excludeer de patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep verdiepingsdiagnostiek is geopend.

Stap 4. Selecteer van deze groep alle patiënten bij wie de behandeling langer dan 1 jaar duurde.

| | |
|--------------------------|--|
| Teller 4.2 | <p>Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar binnen 1 jaar na de vorige meting een meting van de K-factoren van de HKT-R is gedaan. De vervolgmeting dient in het verslagjaar te hebben plaatsgevonden.</p> <p>Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 4.2.</p> <p>Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten bij wie in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 een vervolgmeting is afgenomen met de K-factoren van de HKT-R.</p> <p>Stap 3. Selecteer hiervan de patiënten bij wie de meting binnen 1 jaar na de vorige meting is afgenomen.</p> <p>Stap 4. Selecteer daarnaast uit stap 1 de patiënten die in het verslagjaar uitgestroomd zijn met een geldige meting, waarbij de meting in het vorige verslagjaar (2018) heeft plaatsgevonden.</p> <p>Stap 5. Tel de patiënten uit stap 3 en 4 bij elkaar op.</p> <p>NB. Geldige meting: een meting de HKT-R is 1 jaar geldig.</p> <p>NB. De patiënten uit de noemer tellen slechts één keer mee in de teller, ook wanneer zij meerdere geldige metingen hebben gehad.</p> |
| Exclusie | <p>Indicator heeft geen betrekking op de volgende groepen/settings:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Patiënten die in preventieve hechtenis zijn; * Patiënten met een schorsing van preventieve hechtenis; * Patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep verdiepingsdiagnostiek is geopend. |
| Mogelijke bronnen | <p>DBBC-registratie, MITS, EPD en dossier</p> |
| Normering | <p>Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2019 de volgende normeringen gehanteerd:</p> <p>Indicator 4.1: 70%.</p> <p>Indicator 4.2: niet genormeerd.</p> |

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 2019 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.

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 op andere gronden dan een succesvol afgeronde behandeling. Bijvoorbeeld omdat de patiënt langdurig niet is komen opdagen, niet meewerkt aan de behandeling/begeleiding en/of de (door reclassering gemaakte of bij uitspraak behorende) voorwaarden/ overtreedt.

Wijziging Geen wijzigingen.

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.

Beschrijving 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 niet meewerkt aan de behandeling/begeleiding of 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 in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 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 heeft beëindigd of bij wie 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 niet meewerkt aan de behandeling/begeleiding of zich niet heeft gehouden aan de gestelde voorwaarden/gemaakte afspraken.

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 in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019.

Stap 3. Selecteer van de noemer 6 de patiënten bij wie de behandelaar of begeleider in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 heeft besloten voor het einde van de strafrechtelijke titel de behandeling of begeleiding te beëindigen, omdat de patiënt niet meewerkt aan de behandeling/begeleiding of zich niet heeft gehouden aan de gestelde voorwaarden/gemaakte afspraken.

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

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 2019 de volgende normeringen gehanteerd:
Indicator 6: maximaal 33%.

Indicator 7: Agressie-incidenten

Onderbouwing Gewelddincidenten in de behandelsetting moeten zoveel mogelijk voorkomen worden. Het effectief behandelen van agressieve patiënten draagt bij aan het verminderen van de kans op gewelddincidenten. Om als zorginstelling effectief iets tegen gewelddincidenten te doen, dient het veiligheidsmanagement daarop ingericht te zijn. Belangrijk onderdeel van een adequaat veiligheidsmanagement is een cultuur waarin incidenten veilig gemeld kunnen worden, zodat ervan geleerd kan worden. Bereidheid tot en het melden van incidenten is een fundamentele voorwaarde om patiënt- en medewerkersveiligheid te bevorderen. Het aantal meldingen is echter vooral indicatief in relatie met de context. Daartoe is dit afgezet tegen respectievelijk het totaal aantal incidentmeldingen en het aantal patiënten.

Wijziging Geen wijzigingen.

Beschrijving GGZ Nederland heeft als richtlijn de Handreiking Veilig Incident Melden¹⁹ opgesteld (met als opdrachtgever de Stuurgroep Veilige zorg, ieders zorg) in het kader van het patiëntveiligheidsprogramma ggz. De versie is herzien in 2012 op basis van de ervaringen van ggz-instellingen. Op pagina 8 wordt de volgende definitie van incidenten voorgesteld: *“Het uitgangspunt is dat zoveel mogelijk incidenten worden gemeld en geanalyseerd. Dit vraagt om een brede omschrijving van de te melden incidenten: het melden van ‘alles wat niet de bedoeling is’. Het gaat daarbij niet alleen om gebeurtenissen die daadwerkelijk tot schade voor patiënten en medewerkers hebben geleid, maar ook om ‘near misses’ en gesignaleerde veiligheidsrisico’s (legemaate e.a., 2007).”*

Hierin bevindt zich een hoofdclassificatie, die van toepassing is op alle ggz-instellingen en 9 typen incidenten bevat:

1. Agressie en grensoverschrijdend gedrag
2. Brandincident
3. Dwang & Drang incident
4. Laboratorium incident
5. Medicatie-incident
6. Somatisch incident
7. Suïcide
8. Valincident
9. Vermissing-ontvluchting

Agressie-incidenten worden op bladzijde 9 als volgt gedefinieerd: *“... alle handelingen door een groep of individu die door diegene die deze ondergaat als vijandig, vernederend of intimiderend worden beschouwd (ervaren). Het kan hierbij gaan om:*

- *schelden, dreigen, manipuleren*
- *slaan, schoppen, bijten, prikken, steken*
- *intimideren*
- *met spullen gooien*

¹⁹

<http://www.ggz nederland.nl/uploads/publication/Handreiking%20VIM%20Veilig%20incidenten%20melden%20en%20analyseren.pdf>

- spugen
- discrimineren
- pesten, treiteren, belachelijk maken
- duwen, trekken
- seksueel overschrijdend geweld.

In de rapportagematrix komt in beeld tegen wie de agressie is gericht (patiënten, medewerkers, patiëntengroepen)."

In de indicator betreft het alle meldingen uit de categorie 'Agressie en grensoverschrijdend gedrag', ongeacht tegen wie of wat het gericht is.

Beschrijving stap voor stap

Indicator 7.1: Het aandeel agressie-incidenten over alle incidenten

Het percentage gemelde agressie-incidenten door patiënten als aandeel van het totaal aantal gemelde incidenten.

Noemer 7.1 Het totaal aantal meldingen in alle 9 categorieën dat gedurende het verslagjaar is geregistreerd in het meldsysteem/de meldsystemen²⁰.
Stap 1. Selecteer alle meldingen die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 in het meldsysteem zijn geregistreerd.

Teller 7.1 Het aantal meldingen dat in het verslagjaar is geregistreerd in de categorie 'Agressie en grensoverschrijdend gedrag'.
Stap 1. Selecteer alle meldingen die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 in het meldsysteem zijn geregistreerd in de categorie 'Agressie en grensoverschrijdend gedrag'.

Indicator 7.2: Het aandeel agressie-incidenten over alle patiënten

Het aantal gemelde agressie-incidenten door patiënten, afgezet tegen het totaal aantal patiënten dat gedurende het verslagjaar in behandeling is geweest.

Noemer 7.2 Het totaal aantal patiënten dat gedurende het verslagjaar op enig moment in behandeling of begeleiding is geweest bij de zorgaanbieder.
Stap 1. Selecteer de patiënten die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 in behandeling of begeleiding zijn geweest.

Teller 7.2 Het aantal meldingen dat in het verslagjaar is geregistreerd in de categorie 'Agressie en grensoverschrijdend gedrag'. Dit is dezelfde teller als bij 7.1.
Stap 1. Selecteer alle meldingen die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 in het meldsysteem zijn geregistreerd in de categorie 'Agressie en grensoverschrijdend gedrag'.

Mogelijke bronnen

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

Normering Deze indicator wordt niet genormeerd door ForZo/JJI.

²⁰ Meldsystemen zoals VIM / FONA / MIP-MAG / SMILE / etc.

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 Geen wijzigingen.

Beschrijving

Indicator 8 Noem twee verbeterpunten voortkomend uit uw laatste patiënttevredenheids-onderzoek.

Met het laatste patiënttevredenheidsonderzoek wordt het meest recent uitgevoerde patiënttevredenheidsonderzoek binnen de organisatie bedoeld. De verplichting tot het gestructureerd meten van patiënttevredenheid, is vastgelegd in de inkoopstukken van ForZo. Daarin staat dat het patiënttevredenheidsonderzoek minstens eens per twee jaar wordt uitgevoerd. Om die reden kan het voorkomen dat er in twee opeenvolgende verslagjaren verbeterpunten uit hetzelfde patiënttevredenheidsonderzoek worden aangeleverd.

Indien in het patiënttevredenheidsonderzoek ook niet-forensische patiënten zijn bevroegd, selecteer dan uitsluitend de verbeterpunten die betrekking hebben op forensische populatie.

Setting Ambulante behandeling

| Verplichte indicatoren | (Voorgeschreven) meetinstrumenten | Meetperiode | Normering | Financiële consequentie |
|--|---|---|--------------|-------------------------|
| Indicator 0 | - | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| Indicator 1 | HoNOS, DROS, Mate7, MANSA & STABLE-2007 | van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 | 50% | Ja € |
| 1.2 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | 35% | Nee |
| 1.3 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| Indicator 2 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | | |
| 2.1 | | | - | Nee |
| 2.2 | | | - | Nee |
| Indicator 3 | FARE | | | |
| 3.1 € | | van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 | 40% | Ja € |
| 3.2 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| Indicator 6 | | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | Maximaal 33% | Nee |
| Indicator 8 | | | - | Nee |
| Voor de setting Ambulante behandeling zijn de volgende noemers/tellers gelijk aan elkaar: teller 2.1 = noemer 2.2 | | | | |

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

Onderbouwing Het totaal aantal forensische patiënten dat in het verslagjaar bij de organisatie in behandeling/begeleiding 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 wijzigingen.

Beschrijving Indicator 0: Aantal forensische patiënten in zorg
Het totaal aantal patiënten (met een forensische zorgtitel) dat in het verslagjaar (van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019) in behandeling/begeleiding 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. Overleden patiënten worden geëxcludeerd.

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 een periode van langer dan 3 maanden in behandeling wordt genomen een beginmeting wordt gedaan. Als een patiënt langer dan 6 maanden in behandeling is geweest, dient er een vervolgmeting 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 langer dan 3 maanden in behandeling is geweest;
- Er moet een jaarlijkse vervolgmeting zijn als een patiënt langer dan een jaar in behandeling is geweest;
- Er moet een eindmeting zijn als een patiënt met ontslag gaat en langer dan 6 maanden in behandeling is geweest.

Wijziging De normeringen zijn aangepast.

Instrumenten

De behandelaar bepaalt de instrumentkeuze. Geadviseerd wordt om het meest geschikte instrument voor iedere DBBC-hoofdgroep te gebruiken. Alle onderstaande instrumenten zijn echter geldig.

| DBBC-hoofdgroep | Instrument |
|---|---------------------|
| Algemeen | HoNOS |
| LVB (ook in combinatie met persoonlijkheidsstoornissen, verslaving of seksuele stoornissen) | 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 langer dan drie maanden in behandeling zijn. Dit betreft patiënten die gestart zijn met behandeling in de periode van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019.

Noemer 1.1 Het totaal aantal patiënten dat op enig moment langer dan drie maanden in behandeling was. Dit betreft patiënten voor wie de start van de behandeling plaatsvond in de periode van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 en van wie de behandeling langer duurde dan 3 maanden.

Stap 1. Selecteer alle patiënten die in de periode van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 zijn gestart met de behandeling.

Stap 2. Selecteer van deze patiënten alle patiënten die op enig moment langer 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.

Stap 4. Excludeer de patiënten met behandeling in detentie (BID).

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: Vervolgmeting

Het percentage patiënten dat in het verslagjaar langer dan een jaar in behandeling is geweest en bij wie jaarlijks aantoonbaar de ernst van de problematiek is gemeten met één van de voorgeschreven instrumenten.

Noemer 1.2

Het totaal aantal patiënten dat in het verslagjaar op enig moment langer dan 1 jaar bij de instelling in behandeling is geweest.

Stap 1. Selecteer alle patiënten die in behandeling zijn geweest in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019.

Stap 2. Selecteer van deze groep alle patiënten bij wie de behandeling langer dan 1 jaar 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, deze blijft geïnccludeerd.

Stap 4. Excludeer de patiënten met behandeling in detentie (BID).

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 één van de voorgeschreven instrumenten. De vervolgmeting 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 en bij wie de vervolgmeting heeft plaatsgevonden in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019, de ernst van de problematiek is gemeten met één van de volgende instrumenten:

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

Stap 3. Selecteer daarnaast uit stap 1 de patiënten die in het verslagjaar uitgestroomd zijn met een geldige meting, waarbij de meting in het vorige verslagjaar (2018) heeft plaatsgevonden.

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

Indicator 1.3: Eindmeting

Het percentage patiënten dat het verslagjaar langer dan 6 maanden in behandeling is geweest en bij wie uiterlijk binnen 3 maanden voor ontslag tot en met 14 dagen na ontslag een eindmeting is gedaan één van de voorgeschreven instrumenten.

Noemer 1.3

Het aantal patiënten dat in het verslagjaar is ontslagen en van wie de behandeling langer dan 6 maanden duurde.

Stap 1. Selecteer de patiënten die in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 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.

Stap 4. Excludeer de patiënten met behandeling in detentie (BID).

Teller 1.3

Het aantal patiënten uit de noemer bij wie aantoonbaar uiterlijk binnen 3 maanden voor ontslag tot en met 14 dagen na ontslag een eindmeting is gedaan één van de voorgeschreven instrumenten.

Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 1.3.

Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten bij wie uiterlijk binnen 3 maanden voor ontslag tot en met 14 dagen na 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);
- * Patiënten met behandeling in detentie (BID).

Mogelijke bronnen

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

Normering

Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2019 de volgende normeringen gehanteerd:

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

Indicator 1.2: vervolgmeting: 35%.

Indicator 1.3: niet genormeerd.

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 en de begeleiding van de patiënt.

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 zowel plaatsvinden bij de zorgaanbieder zelf als bij een andere zorgaanbieder.

Wijziging In plaats van meten of een verwijzing op tijd geregeld is, wordt gekeken naar de gewenste vervolgzorg voor de patiënt. Door ook te registreren waar de vervolgzorg zou moet plaatsvinden, worden de knelpunten in de continuïteit van zorg beter zichtbaar. De indicator meet de *geïndiceerde vervolgzorg* en niet de *daadwerkelijk gerealiseerde vervolgzorg*.

Beschrijving stap voor stap

Indicator 2.1

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

NB. De noodzaak voor vervolgzorg wordt bepaald door de behandelaar of door de begeleidende organisatie (zoals in het geval van een opvanginstelling, RIBW of aanbieder van ambulante begeleiding).

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 tijdens de behandeling/begeleiding bij de aanbieder.

Stap 2. Excludeer patiënten die met de status ongewenst vreemdeling worden uitgezet.

NB: binnen de DBBC-systematiek gaat het om DBBC's met een einddatum die in het verslagjaar (1 januari tot en met 31 december) valt en sluitreden 6 'Reden van afsluiten door beëindiging strafrechtelijke titel' of sluitreden 7 'Reden voor afsluiten door onvoorziene beëindiging strafrechtelijke titel' hebben.

Teller 2.1 Het aantal patiënten uit noemer 2.1 dat vervolgzorg/begeleiding 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

De mate waarin behoefte is aan verschillende categorieën vervolgzorg.

Noemer 2.2 Het aantal patiënten uit noemer 2.1 dat vervolgzorg/begeleiding nodig heeft na afloop van hun strafrechtelijke titel.
Stap 1. Neem de patiënten uit de teller 2.1.

Teller 2.2 Uitsplitsing naar categorieën vervolgzorg waar patiënten naar (zouden moeten) uitstromen.
Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 2.2.
Stap 2. Geef voor deze patiënten voor onderstaande categorieën vervolgzorg aan hoe vaak deze categorie is geïndiceerd.
N.B.1: De teller kan groter zijn dan de noemer, omdat er soms meerdere categorieën vervolgzorg van toepassing zijn op één patiënt.
N.B.2: Het staat instellingen vrij de geïndiceerde vervolgzorg verder te differentiëren. Voor de aanlevering van de prestatie-indicatoren moet dit te bundelen zijn naar de hieronder genoemde categorieën.

Uitstroomcategorieën

De categorieën voor vervolgzorg zijn:

1. Forensische klinische zorg:
 - 1.1 Beveiligingsniveau 3: FPK/FVK
 - 1.2 Beveiligingsniveau 2: FPA/FVA
 - 1.3 Beveiligingsniveau 1
2. Forensische ambulante behandeling (hieronder vallen ook alle vormen van FACT)²¹
3. Specialistische GGZ
4. Basis GGZ
5. Gespecialiseerde zorg verstandelijk gehandicapten:
 - 5.1 SGLVG/SGLVG+
 - 5.2 VG Verblijf
6. (Forensisch) Beschermd wonen (BW)
7. Maatschappelijke opvang (MO)
8. Ambulante begeleiding
9. Anders... (bijv. algemene WMO-voorziening)

Exclusie Geen

Nadere omschrijving DBBC-systematiek

Het gaat om DBBC's met een einddatum die in het verslagjaar (van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019) valt en sluitreden 6 'Reden van afsluiten door beëindiging strafrechtelijke titel' of sluitreden 7 'Reden voor afsluiten door onvoorzien beëindiging strafrechtelijke titel' hebben.

Mogelijke bronnen

DBBC-registratie, EPD, Tulp-GW.

²¹ Indien niet-forensische ambulante behandeling geïndiceerd is, valt dit onder uitstroomcategorie 3 (Specialistische GGZ) of 4 (Basis GGZ).

Normering

Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2019 de volgende normeringen gehanteerd:

Indicator 2.1: niet genormeerd.

Indicator 2.2: niet genormeerd.

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'. 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. Per 1 januari 2019 is de FARE het verplicht voorgeschreven risicotaxatie-instrument voor de ambulante behandelsetting. Bij de vervolgmeting en eindmeting geldt dat de voorwaarde om te meten met hetzelfde instrument als de beginmeting, wordt losgelaten.

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 FARE van alle patiënten die in behandeling zijn genomen in de periode van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 en waarvan de behandelduur langer dan 3 maanden is.

Noemer 3.1 Het totaal aantal patiënten dat in de periode van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 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 in de periode van 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019 in behandeling zijn gekomen.

Stap 2. Excludeer de patiënten met een preventieve hechtenis of schorsing van preventieve hechtenis.

Stap 3. Excludeer de patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep verdiepingsdiagnostiek is geopend.

Stap 4. Excludeer de patiënten met behandeling in detentie (BID).

Stap 5. 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 FARE.

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: Vervolgmeting

Het percentage patiënten dat in het verslagjaar langer dan 1 jaar in behandeling is geweest en bij wie jaarlijks aantoonbaar een meting is gedaan met de FARE.

Noemer 3.2 Het totaal aantal patiënten dat in het verslagjaar langer dan 1 jaar in behandeling was.

Stap 1. Selecteer alle patiënten die in de periode tussen 1 januari 2019 en 31 december 2019 in behandeling waren.

Stap 2. Excludeer de patiënten met een preventieve hechtenis of schorsing van preventieve hechtenis.

Stap 3. Excludeer de patiënten voor wie de DBBC-hoofdgroep verdiepingsdiagnostiek is geopend.

Stap 4. Excludeer de patiënten met behandeling in detentie (BID).

Stap 5. 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 zes maanden na de vorige meting een vervolgmeting is gedaan met de FARE.

Stap 1. Neem de patiënten uit de noemer 3.2.

Stap 2. Selecteer hiervan de patiënten bij wie in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 een vervolgmeting is afgenomen met de FARE.

Stap 3. Selecteer hiervan de patiënten bij wie de laatste meting binnen zes maanden na de vorige meting is afgenomen.

Stap 4. Selecteer daarnaast uit stap 1 de patiënten die in het verslagjaar uitgestroomd zijn met een geldige meting, waarbij de laatste meting in het vorige verslagjaar (2018) heeft plaatsgevonden.

Stap 5. Tel de patiënten uit stap 3 en 4 bij elkaar op.

NB. Geldige meting: een meting met de FARE is zes maanden geldig.

NB. De patiënten uit de noemer tellen slechts één keer mee in de teller, ook wanneer zij meerdere geldige metingen hebben gehad.

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;
- * Patiënten met behandeling in detentie (BID).

Mogelijke bronnen

DBBC-registratie, MITS, EPD en dossier

Normering

Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2019 de volgende normeringen gehanteerd:

Indicator 3.1: beginmeting: 40%. Let op: aan het niet behalen van deze normering is een financiële consequentie verbonden.

Indicator 3.2: niet genormeerd.

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 2019 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.

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 op andere gronden dan een succesvol afgeronde behandeling. Bijvoorbeeld omdat de patiënt langdurig niet is komen opdagen, niet meewerkt aan de behandeling/begeleiding en/of de (door reclassering gemaakte of bij uitspraak behorende) voorwaarden/ overtreedt.

Wijziging Geen wijzigingen.

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.

Beschrijving 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 niet meewerkt aan de behandeling/begeleiding of 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 in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 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 heeft beëindigd of bij wie 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 niet meewerkt aan de behandeling/begeleiding of zich niet heeft gehouden aan de gestelde voorwaarden/gemaakte afspraken.

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 in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019.

Stap 3. Selecteer van de noemer 6 de patiënten bij wie de behandelaar of begeleider in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 heeft besloten voor het einde van de strafrechtelijke titel de behandeling of begeleiding te beëindigen, omdat de patiënt niet meewerkt aan de behandeling/begeleiding of zich niet heeft gehouden aan de gestelde voorwaarden/gemaakte afspraken.

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

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 2019 de volgende normeringen gehanteerd:
Indicator 6: maximaal 33%.

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 Geen wijzigingen.

Beschrijving

Indicator 8 Noem twee verbeterpunten voortkomend uit uw laatste patiënttevredenheids-onderzoek.

Met het laatste patiënttevredenheidsonderzoek wordt het meest recent uitgevoerde patiënttevredenheidsonderzoek binnen de organisatie bedoeld. De verplichting tot het gestructureerd meten van patiënttevredenheid, is vastgelegd in de inkoopstukken van ForZo. Daarin staat dat het patiënttevredenheidsonderzoek minstens eens per twee jaar wordt uitgevoerd. Om die reden kan het voorkomen dat er in twee opeenvolgende verslagjaren verbeterpunten uit hetzelfde patiënttevredenheidsonderzoek worden aangeleverd.

Indien in het patiënttevredenheidsonderzoek ook niet-forensische patiënten zijn bevroegd, selecteer dan uitsluitend de verbeterpunten die betrekking hebben op forensische populatie.

Setting Beschermd wonen/ambulante begeleiding

| Verplichte indicatoren | (Voorgeschreven) meetinstrumenten | Meetperiode | Normering | Financiële consequentie |
|---|-----------------------------------|--|--------------|-------------------------|
| Indicator 0 | - | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - | Nee |
| Indicator 2 2.1 2.2 | - | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | - - | Nee Nee |
| Indicator 6 | - | van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 | 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 | | | | |

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

Onderbouwing Het totaal aantal forensische cliënten dat in het verslagjaar bij de organisatie in begeleiding 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 wijzigingen.

Beschrijving Indicator 0: Aantal forensische cliënten in zorg
Alle settings Het totaal aantal cliënten (met een forensische zorgtitel) dat in het verslagjaar (van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019) in begeleiding 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. Overleden cliënten worden geëxcludeerd.

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 en de begeleiding van de cliënt.

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 zowel plaatsvinden bij de zorgaanbieder zelf als bij een andere zorgaanbieder.

Wijziging In plaats van meten of een verwijzing op tijd geregeld is, wordt gekeken naar de gewenste vervolgzorg voor de cliënt. Door ook te registreren waar de vervolgzorg zou moet plaatsvinden, worden de knelpunten in de continuïteit van zorg beter zichtbaar. De indicator meet de *geïndiceerde vervolgzorg* en niet de *daadwerkelijk gerealiseerde vervolgzorg*.

Beschrijving stap voor stap

Indicator 2.1

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

NB. De noodzaak voor vervolgzorg wordt bepaald door de behandelaar of door de begeleidende organisatie (zoals in het geval van een opvanginstelling, RIBW of aanbieder van ambulante begeleiding).

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

Stap 1. Selecteer de groep cliënten bij wie de strafrechtelijke titel is geëindigd tijdens de behandeling/begeleiding bij de aanbieder.

Stap 2. Excludeer cliënten die met de status ongewenst vreemdeling worden uitgezet.

Teller 2.1 Het aantal cliënten uit noemer 2.1 dat vervolgzorg/begeleiding 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

De mate waarin behoefte is aan verschillende categorieën vervolgzorg.

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

Stap 1. Neem de cliënten uit de teller 2.1.

Teller 2.2 Uitsplitsing naar categorieën vervolgzorg waar cliënten naar (zouden moeten) uitstromen.

Stap 1. Neem de cliënten uit de noemer 2.2.

Stap 2. Geef voor deze cliënten voor onderstaande categorieën vervolgzorg aan hoe vaak deze categorie is geïndiceerd.

N.B.1: De teller kan groter zijn dan de noemer, omdat er soms meerdere categorieën vervolgzorg van toepassing zijn op één cliënt.

N.B.2: Het staat instellingen vrij de geïndiceerde vervolgzorg verder te differentiëren. Voor de aanlevering van de prestatie-indicatoren moet dit te bundelen zijn naar de hieronder genoemde categorieën.

Uitstroomcategorieën

1. Forensische klinische zorg:
 - 1.1 Beveiligingsniveau 3: FPK/FVKB
 - 1.2 Beveiligingsniveau 2: FPA/FVA
 - 1.3 Beveiligingsniveau 1
2. Forensische ambulante behandeling (hieronder vallen ook alle vormen van FACT)²²
3. Specialistische GGZ
4. Basis GGZ
5. Gespecialiseerde zorg verstandelijk gehandicapten:
 - 5.1 SGLVG/SGLVG+
 - 5.2 VG Verblijf
6. (Forensisch) Beschermd wonen (BW)
7. Maatschappelijke opvang (MO)
8. Ambulante begeleiding
9. Anders... (bijv. algemene WMO-voorziening)

Exclusie Geen

Mogelijke bronnen

EPD, Tulp-GW.

Normering Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2019 de volgende normeringen gehanteerd:
Indicator 2.1: niet genormeerd.
Indicator 2.2: niet genormeerd.

²² Indien niet-forensische ambulante behandeling geïndiceerd is, valt dit onder uitstroomcategorie 3 (Specialistische GGZ) of 4 (Basis GGZ).

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 2019 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.

Wijziging Deze indicator komt tijdelijk te vervallen.

Indicator 6: Voortijdige beëindiging van de begeleidingsovereenkomst

Onderbouwing Wanneer een forensische cliënt 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 op andere gronden dan een succesvol afgeronde behandeling. Bijvoorbeeld omdat de cliënt langdurig niet is komen opdagen, niet meewerkt aan de behandeling/begeleiding en/of de (door reclassering gemaakte of bij uitspraak behorende) voorwaarden/ overtreedt.

Wijziging Geen wijzigingen.

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.

Beschrijving stap voor stap

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 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 cliënt niet meewerkt aan de behandeling/begeleiding of zich niet heeft gehouden aan de gestelde voorwaarden.

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 in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 is afgesloten.

Teller 6 Het totaal aantal cliënten uit de noemer bij wie de cliënt eenzijdig tegen het advies van de behandelaar of begeleider in, de begeleiding heeft beëindigd of bij wie de behandelaar of begeleider gedurende het verslagjaar heeft besloten de begeleiding voor het einde van de strafrechtelijke titel te beëindigen, omdat de cliënt niet meewerkt aan de behandeling/begeleiding of zich niet heeft gehouden aan de gestelde voorwaarden/gemaakte afspraken.

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 2019 en 31 december 2019.

Stap 3. Selecteer van de noemer 6 de cliënten bij wie de behandelaar of begeleider in de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 heeft besloten voor het einde van de strafrechtelijke titel de begeleiding te beëindigen, omdat de cliënt niet meewerkt aan de behandeling/begeleiding of zich niet heeft gehouden aan de gestelde voorwaarden/gemaakte afspraken.

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

Mogelijke bronnen

MITS en dossier.

Normering

Voor de aanlevering van deze indicator worden door ForZo/JJI in 2019 de volgende normeringen gehanteerd:
Indicator 6: maximaal 33%.

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 Geen wijzigingen.

Beschrijving

Indicator 8 Noem twee verbeterpunten voortkomend uit uw laatste cliënttevredenheids-onderzoek.

Met het laatste cliënttevredenheidsonderzoek wordt het meest recent uitgevoerde cliënttevredenheidsonderzoek binnen de organisatie bedoeld. De verplichting tot het gestructureerd meten van cliënttevredenheid, is vastgelegd in de inkoopstukken van ForZo. Daarin staat dat het cliënttevredenheidsonderzoek minstens eens per twee jaar wordt uitgevoerd. Om die reden kan het voorkomen dat er in twee opeenvolgende verslagjaren verbeterpunten uit hetzelfde cliënttevredenheidsonderzoek worden aangeleverd.

Indien in het cliënttevredenheidsonderzoek ook niet-forensische cliënten zijn bevraagd, selecteer dan uitsluitend de verbeterpunten die betrekking hebben op forensische populatie.

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

Tabel 1. Schema FPC

| 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 – 14 dgn na ontslag | <183 dgn na opname | X |
| > 1 jr | <92 dgn na opname | <365 dgn na vorige meting | <92 dgn voor ontslag – 14 dgn na ontslag | <183 dgn na opname | <365 dgn na vorige meting |

Tabel 2. Uitwerking voor 2019 FPC

| Startdatum | Behandelduur | Functioneren | | | Recidiverisico en K-factoren | |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|--|--|------------------------------|--|
| | | 1e meting | Vervolgmeting | Eindmeting | 1e meting | Vervolgmeting |
| Voor 1-7-2018 | > 6 mnd, <= 1 jr | X | X | <92 dgn voor ontslag – 14 dgn na ontslag ¹ | X | X |
| | > 1 jr | X | <365 dgn na vorige meting ¹ | <92 dgn voor ontslag – 14 dgn na ontslag ¹ | X | <365 dgn na vorige meting |
| Na 1-7-2018, voor 1-10-2018 | <= 6 mnd | X | X | X | X | X |
| | > 6 mnd, <= 1 jr | X | X | <92 dgn voor ontslag – 14 dgn na ontslag ¹ | <183 dgn na opname | X |
| | > 1 jr | X | <365 dgn na vorige meting ¹ | <92 dgn voor ontslag – 14 dgn na ontslag ¹ | <183 dgn na opname | <365 dgn na vorige meting |
| Na 1-10-2018, voor 1-1-2019 | <= 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 – 14 dgn na ontslag ¹ | <183 dgn na opname | X |
| | > 1 jr | <92 dgn na opname | <365 dgn na vorige meting ¹ | <92 dgn voor ontslag – 14 dgn na ontslag ¹ | <183 dgn na opname | <365 dgn na vorige meting ³ |
| Na 1-1-2019, voor 1-7-2019 | <= 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 – 14 dgn na ontslag ¹ | <183 dgn na opname | X |
| | >=1 jr | <92 dgn na opname | <365 dgn na vorige meting ³ | <92 dgn voor ontslag – 14 dgn na ontslag ² | <183 dgn na opname | <365 dgn na vorige meting ³ |
| Na 1-7-2019, voor 1-10-2019 | <=3 mnd | X | X | X | X | X |
| | > 3 mnd, <= 6 mnd | <92 dgn na opname | X | X | X | X |
| Na 1-10-2019 | <= 3 mnd | X | X | X | X | X |
| | > 3 mnd | <92 dgn na opname | X | X | X | X |

1 Indien behandeling beëindigd in 2019

2 Aanlevering in 2020

Tabel 3. Schema klinisch overig

| 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 | X | X | <92 dgn na startdat | X |
| > 6 mnd, <=1 jr | <92 dgn na startdat | X | <92 dgn voor ontslag – 14 dgn na ontslag | <92 dgn na startdat | X |
| > 1 jr | <92 dgn na startdat | <365 dgn na vorige meting | <92 dgn voor ontslag – 14 dgn na ontslag | <92 dgn na startdat | <365 dgn na vorige meting |

Tabel 4. Uitwerking voor 2019 klinisch overig

| Startdatum | Behandelduur | Functioneren | | | Recidiverisico en K-factoren | |
|--------------------------------|-------------------|---------------------|--|--|----------------------------------|--|
| | | 1e meting | Vervolgmeting | Eindmeting | 1e meting | Vervolgmeting |
| Voor 1-10-2018 | > 6 mnd, <= 1 jr | X | X | <92 dgn voor ontslag – 14 dgn na ontslag ¹ | X | X |
| | > 1 jr | X | <365 dgn na vorige meting | <92 dgn voor ontslag – 14 dgn na ontslag ¹ | X | <365 dgn na vorige meting |
| Na 1-10-2018, voor 1-1-2019 | <= 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 ontslag – 14 dgn na ontslag ¹ | <92 dgn na startdat | X |
| | > 1 jr | <92 dgn na startdat | <365 dgn na vorige meting ¹ | <92 dgn voor ontslag – 14 dgn na ontslag ¹ | <92 dgn na startdat | <365 dgn na vorige meting ¹ |
| Na 1-1-2019, voor 1-10-2019 | <= 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 ontslag – 14 dgn na ontslag ¹ | <92 dgn na startdat | X |
| | > 1 jr | <92 dgn na startdat | <365 dgn na vorige meting ³ | <92 dgn voor ontslag – 14 dgn na ontslag ² | <92 dgn na startdat ³ | <365 dgn na vorige meting ³ |
| Na 1-10-2019 | <= 3 mnd | X | X | X | X | X |
| | > 3 mnd | <92 dgn na startdat | X | X | <92 dgn na startdat | X |

1 Indien behandeling beëindigd in 2019

2 Aanlevering in 2020

Tabel 5. Schema ambulante behandeling

| 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 | X | X | <92 dgn na startdat | X |
| > 6 mnd, <=1 jr | <92 dgn na startdat | X | <92 dgn voor ontslag – 14 dgn na ontslag | <92 dgn na startdat | X |
| > 1 jr | <92 dgn na startdat | <365 dgn na vorige meting | <92 dgn voor ontslag – 14 dgn na ontslag | <92 dgn na startdat | <183 dgn na vorige meting |

Tabel 6. Uitwerking voor 2019 ambulante behandeling

| Startdatum | Behandelduur | Functioneren | | | Recidiverisico en K-factoren | |
|--------------------------------|-------------------|---------------------|--|--|----------------------------------|--|
| | | 1e meting | Vervolgmeting | Eindmeting | 1e meting | Vervolgmeting |
| Voor 1-10-2018 | > 6 mnd, <= 1 jr | X | X | <92 dgn voor ontslag – 14 dgn na ontslag ¹ | X | X |
| | > 1 jr | X | <365 dgn na vorige meting | <92 dgn voor ontslag – 14 dgn na ontslag ¹ | X | <183 dgn na vorige meting |
| Na 1-10-2018, voor 1-1-2019 | <= 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 ontslag – 14 dgn na ontslag ¹ | <92 dgn na startdat | X |
| | > 1 jr | <92 dgn na startdat | <365 dgn na vorige meting ¹ | <92 dgn voor ontslag – 14 dgn na ontslag ¹ | <92 dgn na startdat | <183 dgn na vorige meting ¹ |
| Na 1-1-2019, voor 1-10-2019 | <= 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 ontslag – 14 dgn na ontslag ¹ | <92 dgn na startdat | X |
| | > 1 jr | <92 dgn na startdat | <365 dgn na vorige meting ³ | <92 dgn voor ontslag – 14 dgn na ontslag ² | <92 dgn na startdat ³ | <183 dgn na vorige meting ³ |
| Na 1-10-2019 | <= 3 mnd | X | X | X | X | X |
| | > 3 mnd | <92 dgn na startdat | X | X | <92 dgn na startdat | X |

1 Indien behandeling beëindigd in 2019

2 Aanlevering in 2020

Tabel 7. Schema PPC

| Behandelduur | Functioneren | | | Recidive | | Eindmeting (T-items) |
|--------------------|-------------------|-----------------|----------------------|--------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| | 1e meting | Vervolgmeting | Eindmeting | 1e meting (H-items en K-items) | Vervolgmeting (H-items en K-items) | |
| <= 14 dgn | <14 dgn na opname | X | <14 dgn voor einddat | X | X | <= 14 dgn na ontslag |
| > 8 wkn, <= 12 wkn | <14 dgn na opname | 8 wkn na opname | <14 dgn voor einddat | X | X | <= 14 dgn na ontslag |
| > 3 mnd | <14 dgn na opname | 8 wkn na opname | <14 dgn voor einddat | <3 mnd na opname | <1 jaar na opname | <= 14 dgn na ontslag |

Bijlage 2. Definitielijst

Algemene definities & operationalisaties

- **Drie maanden**
92 dagen
- **Zes maanden**
183 dagen
- **Eén jaar**
365 dagen
- **Beginmeting**
De eerste meting die bij een patiënt wordt afgenomen.
- **Vervolgmeting**
De meting die binnen één jaar na de vorige meting is gedaan met een van de voorgeschreven instrumenten. De meting wordt uitgevoerd met hetzelfde instrument als de voorgaande meting, tenzij er een andere diagnose is gesteld waarvoor een ander instrument is aangewezen. Daarnaast geldt een tijdelijke overgangsregeling in 2019 voor de FARE. Bij desbetreffende indicatoren is het dus toegestaan om af te wijken van het instrument dat gebruikt is bij de voorgaande meting.
- **Eindmeting**
De meting die bij een patiënt wordt afgenomen bij het beëindigen van de strafrechtelijke titel.
- **Aantoonbaar meten**
De genoemde gegevens zijn vastgelegd in het zorgdossier.
- **Start behandeling**
 - Klinische setting: De eerste declarabele verblijfsdag die bij de initiële DBBC hoort.
 - Ambulante setting: Het eerste telefonische of face to face contact tussen behandelaar en patiënt.
- **Einde behandeling**
 - Klinische setting: De laatste declarabele verblijfsdag.
 - Ambulante setting: Het laatste telefonische of face to face contact tussen behandelaar en patiënt.
- **Verslagjaar**
De periode van 1 januari tot en met 31 december van het jaar waarover gerapporteerd wordt.
- **ZZP's**
Alle door justitie gefinancierde zorgzwaarte pakketten.
- **Zorgdossier**
Het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Het verslag waarin de voortgang van de behandeling van de patiënt wordt bijgehouden.

Definities & operationalisaties per indicator

Indicator 1

- **Verdiepingsdiagnostiek**
(Extra) diagnostiek bij verdachten bij wie aanwijzingen zijn voor psychische problemen, verslavingsproblematiek, een verstandelijke beperking of een combinatie daarvan.
- **Metingen bij overgang DBC naar DBBC**
Indien patiënten (intern) overgaan van DBC naar DBBC en vice versa worden ook metingen die zijn afgenomen 3 maanden voor start behandeling meegeteld als eerste meting. Mits de meting heeft plaatsgevonden met één van de voorgeschreven instrumenten en vastgelegd is in het zorgdossier.
- **Metingen bij overgang naar andere setting**
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 meting die is afgenomen, binnen 3 maanden voor ontslag uit de eerdere setting tevens geldt als startmeting in de volgende setting. Mits de meting heeft plaatsgevonden met één van de voorgeschreven instrumenten en vastgelegd is in het zorgdossier.
- **Metingen bij uitplaatsingen in onderaannemerschap**
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.
- **Eindmeting bij vervolgzorg in dezelfde instelling bij beëindigen strafrechtelijke titel**
Indien de strafrechtelijke titel eindigt en dezelfde instelling de vervolgzorg aanbiedt, dient er toch een eindmeting te worden gedaan.
- **Hetzelfde instrument als beginmeting gebruiken**
Bij twee opeenvolgende metingen wordt bij voorkeur hetzelfde instrument gebruikt. Mocht de diagnose wijzigen, dan mag ook met een ander voorgeschreven instrument worden gemeten. Dit geldt tevens indien er een overgangsregeling geldt voor een nieuw voorgeschreven instrument.

Indicator 2

- **Vervolgzorg**
Onder vervolgzorg wordt, naast zorg binnen de eigen organisatie, ook verstaan behandeling of begeleiding elders.
- **Bepaling noodzaak vervolgzorg**
De bepaling of de patiënt vervolgzorg nodig heeft, berust bij de behandelaar, begeleider of reclassering.
- **Behandelaar**
Met behandelaar wordt bedoeld iemand die kan registreren op basis van de beroepentabel. Het gaat om een regiebehandelaar, behandelcoördinator, coördinerende behandelaar of iemand met een vergelijkbare functie.

- **Beëindigen van de strafrechtelijke titel**
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 strafrechtelijke titel wordt ook verstaan de TBS-maatregel.
- **Forensische ambulante behandeling**
Onder forensisch ambulante behandeling vallen ook alle vormen van FACT, zoals LVB FACT en andere vormen van gespecialiseerde FACT.
- **Reguliere ambulante behandeling**
Voor reguliere ambulante behandeling (niet-forensisch) is geen aparte categorie opgenomen. De reguliere ambulante behandeling valt onder categorie 3 (specialistische GGZ) of categorie 4 (basis GGZ).
- **Geïndiceerde vervolgzorg**
Met geïndiceerde vervolgzorg wordt bedoeld de gewenste vervolgzorg volgens de huidige aanbieder: waar zou de patiënt idealiter naartoe gaan? Of de patiënt daar wel of geen toestemming voor geeft, is voor de strekking van deze indicator niet relevant.
De geïndiceerde vervolgzorg kan uit een combinatie van verschillende uitstroomcategorieën bestaan. Daarom kan de teller hoger uitvallen dan de noemer. Het invullen van meerdere uitstroomcategorieën gaat nadrukkelijk om een combinatie van gewenste categorieën en niet om twijfel over de gewenste categorieën.
- **Patiënten met status ongewenst vreemdeling**
Patiënten die met de status ongewenst vreemdeling worden uitgezet, tellen niet mee voor deze indicator.
- **Meetellen patiënten die geen zorg of behandeling meer wensen**
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.
- **Sluitreden 'Afsluiten op last van Officier van Justitie (OvJ)'**
De sluitreden 'Afsluiten op last van Officier van Justitie (OvJ)' valt onder de strekking van de indicator en kan worden geplaatst onder sluitreden 6 (Reden voor afsluiten door beëindigen strafrechtelijke titel).

Indicator 3

- **Periodiek meten van het recidiverisico**
De duur van de periode hangt samen met de geldigheidsduur van het meetinstrument. 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 in het zorgdossier. Vervolgmetingen kunnen echter als geldige meting worden gezien indien deze binnen de geldigheidstermijn van het instrument zijn afgenomen. Ook indien dit in een voorgaand jaar niet tijdig is gebeurd.
- **Geldige meting**
 - HCR-20^{V3} en de HKT-R: een meting die niet ouder is dan één jaar.
 - FARE: een meting die niet ouder is dan zes maanden.

- **Metingen bij overgang naar andere setting**
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. Hier geldt dat de eindmeting in de ene setting tevens kan gelden als startmeting in de volgende setting, mits uitgevoerd met één van de voorgeschreven instrumenten.
- **Metingen bij vervolgzorg door dezelfde instelling**
Indien de strafrechtelijke titel eindigt en dezelfde instelling de vervolgzorg aanbiedt, dient er toch een eindmeting te worden gedaan.
- **Metingen bij uitplaatsingen in onderaannemerschap**
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.
- **Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden**
Patiënten die onder schorsing voorlopige hechtenis *met voorwaarden* (art. 80 SV) zijn geplaatst vallen onder de verplichting tot meting.
- **Afnamekader**
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.

Indicator 4

- **Afnamekader**
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.

Indicator 6

- **Terugkeer naar detentie bij overtreding voorwaarden**
Indien een patiënt terugkeert naar detentie omdat hij de voorwaarden overtreedt, telt deze mee in teller 6.
- **Afgesloten, afgerond, voortijdig beëindigd en doorstroom**
Onder 'afgesloten' wordt 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.

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.

Vragen via KNAPP

Met inhoudelijke vragen kunt u gedurende de openstelling van het dataportaal 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. Wanneer u bent ingelogd, vindt u in de oranje balk rechts onder de knop Groepen, alle groepen waarbij u bent aangesloten. U kunt zoeken naar de groep Forensische PI's. Daar kunt u uw vragen stellen, die beantwoord worden door medewerkers van het EFP. Voor vragen over KNAPP kunt u mailen naar knapp@efp.nl.



Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Veiligheid en Justitie