

ZICHTBARE ZORG

GEESTELIJKE
GEZONDHEIDSZORG

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

Postadres:

Postbus 16119
2500 BC Den Haag

Telefoon:

(070) 3406900

Telefax:

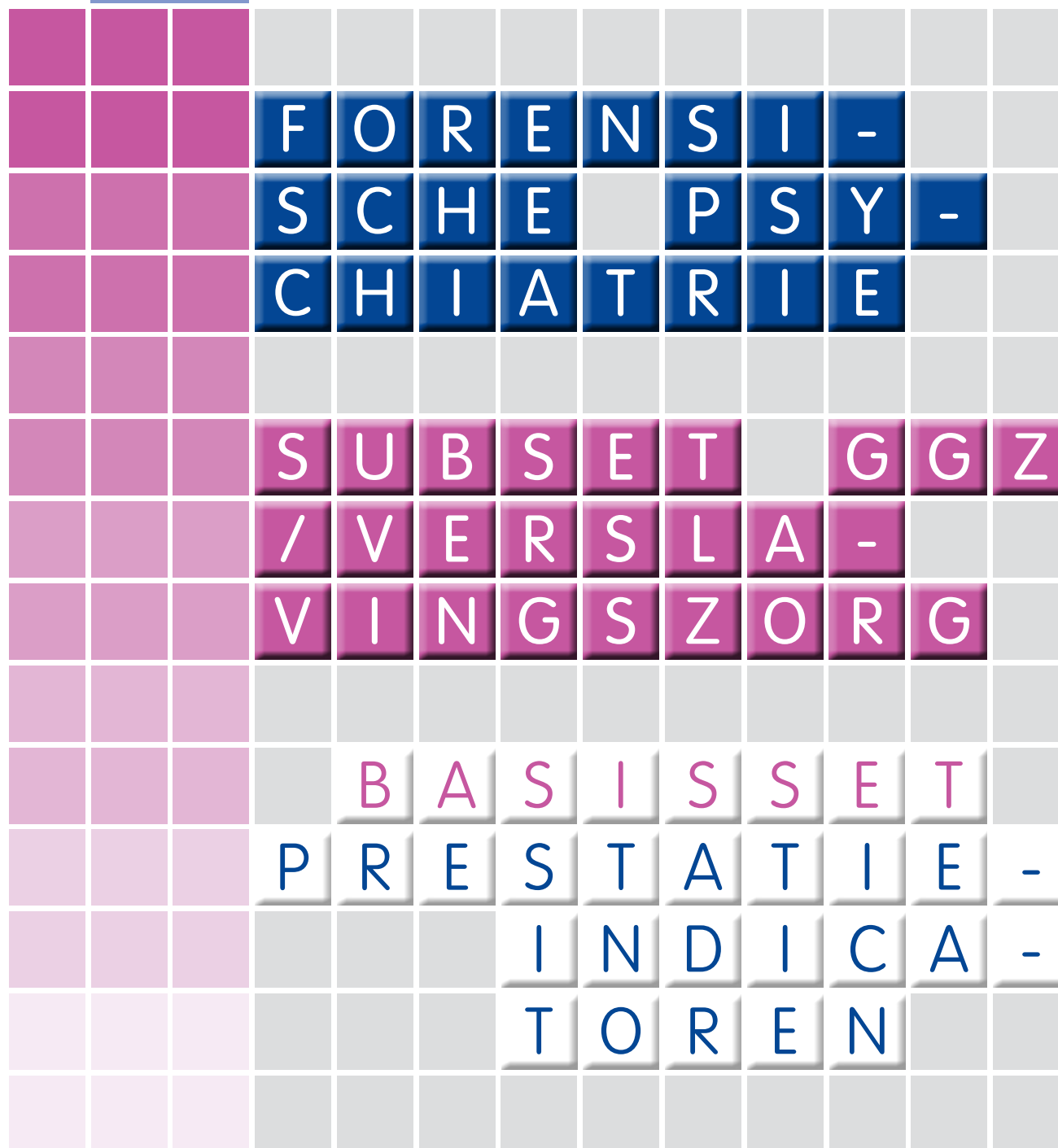
(070) 3405725

Internet:

www.zichtbarezorg.nl

ZICHTBARE ZORG

GEESTELIJKE
GEZONDHEIDSZORG



F O R E N S I -
S C H E P S Y -
C H I A T R I E

S U B S E T G G Z
/ V E R S L A -
V I N G S Z O R G

B A S I S S E T
P R E S T A T I E -
I N D I C A -
T O R E N

Colofon

Dit is een uitgave van Zichtbare Zorg
Internet: www.zichtbarezorg.nl
E-mail: info@zichtbarezorg.nl

Onder de verantwoordelijkheid van de Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ

- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Landelijk Platform ggz (LPGGZ)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Nederlandse vereniging voor psychotherapie (NVP)
- Nederlandse Instituut van Psychologen (NIP)
- GGZ Nederland
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
- Platform MEER
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Ministerie van VWS (waarnemer)
- Ministerie van Justitie (Dienst Justitiële inrichtingen)

Vormgeving:

Faydherbe/De Vringer

Opmaak:

Faydherbe/De Vringer

Druk:

We Print Together, Rijswijk

Tot stand gekomen onder eindverantwoordelijkheid
van de stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ

Den Haag, december 2009

Inhoudsopgave

1 Inleiding pagina 4

- 1.1 Inzicht in kwaliteit van zorg
- 1.2 (Door)ontwikkeling prestatie-indicatoren
- 1.3 Meetinstrumenten en informatiebronnen
- 1.4 Definities
- 1.5 Indicatoren specificeren naar hoofddiagnosegroepen
- 1.6 Uitgangspunten van de prestatie-indicatoren

2 Samenvatting indicatoren pagina 11

3 Onderdeel 1: Effectiviteit pagina 13

4 Onderdeel 2: Veiligheid pagina 21

5 Onderdeel 3: Cliëntgerichtheid pagina 27

Bijlage 1: Indeling in hoofdgroepdiagnoses volgens de DB(B)C's pagina 35

1. Inleiding

Voor u ligt de set prestatie-indicatoren voor de Forensische Psychiatrie. Deze gids ondersteunt zorgaanbieders bij het verzamelen van de benodigde gegevens en het bepalen van de kwaliteitsindicatoren. Deze indicatorenset vormt een subset van de basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ (verslavingszorg).

Leeswijzer

In deze inleiding leest hoe de prestatie-indicatoren FP uit 2007 zijn doorontwikkeld en welke uitgangspunten daarbij zijn gehanteerd. In de werkinstructie vindt u de opbouw van de indicatoren terug. In hoofdstuk 3 vindt u een samenvatting van de vastgestelde indicatoren. In hoofdstuk 3 vindt u een overzicht van de indicatoren voor effectieve zorg, in hoofdstuk 4 voor veilige zorg en in hoofdstuk 5 voor cliëntgerichte zorg. In de bijlage vindt u samenvattende overzichten.

1.1 Inzicht in kwaliteit van zorg

In de Forensische Psychiatrie (FP) is er in 2007 een start gemaakt met het meten en inzichtelijk maken van de resultaten en kwaliteit van de door hen geleverde zorg. Door middel van prestatie-indicatoren wordt transparantie van de sector ondersteund. Inmiddels is de eerste set prestatie-indicatoren doorontwikkeld tot een set die beter de relevante kwaliteitsaspecten van de Forensische Psychiatrie weergeeft. Veldpartijen hebben gezamenlijk aan de ontwikkeling van deze subset voor de FP gewerkt. De partijen in de FP hebben de krachten gebundeld en vormden in april 2008 de werkgroep Zichtbare Zorg FP¹. Hierin speelde het ministerie van Justitie een actieve rol. De Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ heeft in september 2009 deze subset van Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ definitief vastgesteld.

De informatie uit de prestatie-indicatoren wordt door verschillende doelgroepen voor verschillende doeleinden gebruikt:

- Zorgaanbieders en professionals in de FP geven op basis van deze basisset informatie aan cliënten, zorgverzekeraars en inspectie over de kwaliteit van de zorg en begeleiding die ze leveren. Daarnaast gebruiken ze de informatie voor hun interne (kwaliteits)beleid.

¹ *In deze werkgroep zijn de volgende partijen vertegenwoordigd: Dienst Justitiële Inrichtingen, Forum GGZ Nijmegen, GGZ Nederland, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Inspectie voor de Sanctietoepassing, Landelijk platform GGZ, Ministerie van Justitie, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlands Instituut voor Psychologen, Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, Penitentiair Psychiatrische Centra, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Zorgverzekeraars Nederland. De werkgroep heeft zich bij de uitwerking van de prestatie-indicatoren laten adviseren en ondersteunen door het organisatieadviesbureau Plexus Medical Group.*

- De Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Inspectie Sanctietoezicht gebruiken deze informatie om gericht toezicht te houden.
- Cliënten kunnen, waar relevant binnen het zorgproces, keuzes maken op basis van onder andere de door andere cliënten ervaren kwaliteit van zorg. Ze kunnen de indicatoren ook gebruiken om te toetsen of de geleverde zorg aan de kwaliteitseisen voldoet en zo sterker staan bij het indienen van eventuele wensen of klachten.
- Zorgverzekeraars en het Ministerie van Justitie gebruiken de informatie over de kwaliteit van de zorg, als ze zorg inkopen.

1.2 (Door)ontwikkeling prestatie-indicatoren

De indicatoren in de basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ, die voor het eerst in 2006 verschenen is, bleken minder relevant te zijn voor de FP. Bovendien wilde het ministerie van Justitie ook graag participeren in het ggz-brede transparantieproject, vanwege de nieuwe rol als zorginkoper. Om deze redenen is er een subset met indicatoren ontwikkeld voor de FP. In 2007 is deze subset voor het eerst gepubliceerd als onderdeel van de basisset prestatie-indicatoren. De ontwikkeling van deze subset was echter een ad hoc-proces. Al in het begin was duidelijk dat er nog veel geschaafd zou moeten worden aan de prestatie-indicatoren. Om de doorontwikkeling van de indicatoren optimaal te laten verlopen, heeft TNO Management Consultants de werkgroep ondersteund bij het inventariseren van de informatiebehoefte over de kwaliteit van zorg van alle betrokken partijen. Deze gezamenlijke informatiebehoefte is vervolgens het uitgangspunt geweest van waaruit de werkgroep, ondersteund door Plexus Medical Group, de prestatie-indicatoren ontwikkeld heeft.

De werkgroep heeft tijdens het ontwikkelproces de kennis ingezet van experts uit de FP en heeft haar tussenproducten getoetst bij de eigen achterbannen.

Wijzigingen ten opzichte van de prestatie-indicatoren FP in de basisset

Voor de FP zijn uiteindelijk in totaal zestien prestatie-indicatoren ontwikkeld. Deze verschillen enigszins van de indicatoren FP die opgenomen zijn in de 'Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, basisset 2007–2008'. De volgende tabel laat zien hoe de oude prestatie-indicatoren FP zich verhouden tot deze nieuwe set indicatoren.

Basisset GGZ 2007 - 2008	Nieuwe indicatorenset FP
1.3 verandering in dagelijks functioneren	1.1 ernst van de problematiek
1.7 drop-out	1.4 drop-out
1.8 somatische screening	2.3 somatische screening
1.11 tijdig contact na beëindiging strafrechtelijke titel	3.5 continuïteit van zorg
1.12 nazorg	3.5 continuïteit van zorg
1.13 gemiddelde behandelduur	Niet opgenomen
2.7 aantal delicten tijdens uitvoering van strafrechtelijke maatregel	1.3 recidive
2.8 aantal onttrekkingen	Niet opgenomen
3.1 wachttijd tot start behandeling	3.3 wachttijd tot start behandeling
3.6 evaluatie begeleiding- en behandelplannen	1.5 evaluatie en bijstelling behandelplan

1.3 Meetinstrumenten en informatiebronnen

De werkgroep streeft ernaar om voor het bepalen van de indicatoren zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande meetinstrumenten en informatiebronnen. Grofweg zijn er, analoog aan de manier waarop zij gemeten worden, twee typen indicatoren te onderscheiden:

- 1 Zorginhoudelijke indicatoren (worden gemeten met zorginhoudelijke meetinstrumenten, bijvoorbeeld voor het bepalen van de effectiviteit van de behandeling en de begeleiding)
- 2 Cliëntervaringindicatoren (worden gemeten met de nog te ontwikkelen CQ-index, Thermometer Cliëntwaardering of eigen vergelijkbare instrumenten).

Zorginhoudelijke meetinstrumenten

Om de zorginhoudelijke indicatoren te meten, zijn er veel meetinstrumenten beschikbaar (GAF, SCL-90, BSI, HONOS etc.). Bovendien meten steeds meer zorgaanbieders de effectiviteit van hun behandeling en begeleiding. De werkgroep heeft besloten om voor alle zorginhoudelijke indicatoren waar dit van toepassing is (zoals verandering ernst symptomatologie en medicatieveiligheid), aan te sluiten bij de uitkomsten van expertgroepen die zich vanuit de stuurgroep over deelonderwerpen buigen.

CQ-index

Voor de indicatoren waar de cliënten de informatiebron zijn, is de CQ-index het belangrijkste instrument. De CQ-index is echter nog niet op korte termijn beschikbaar. De werkgroep vindt het belangrijk dat er voor de FP een specifieke CQ-vragenlijst ontwikkeld wordt. Daarbij moet gekeken worden naar:

- De praktische haalbaarheid van de vragenlijst voor de verschillende doelgroepen. Voor welke doelgroepen is het afnemen van de CQ-index wel geschikt en voor welke doelgroepen niet?

- De mate waarin dit instrument gebaseerd kan zijn op alleen ervaringen van cliënten, of dat de ervaringen van cliënten en wettelijk vertegenwoordigers/naasten meer meegenomen dienen te worden;
- Wat er bijvoorbeeld gebeurt als een cliënt tussendoor een strafrechtelijke titel krijgt. Telt de cliëntthermometer dan mee voor bijvoorbeeld de GGZ-indicatoren, of voor de indicatoren voor de FP?

1.4 Terminologie en definities

Veel definities die nodig zijn bij het vullen van de prestatie-indicatoren, staan uitgelegd in de werkinstructie. Deze kunt u vinden op www.ggzkennisnet.nl en www.zichtbarezorg.nl. In deze paragraaf staan alleen enkele overkoepelende definities uitgewerkt.

Instelling of concern

Een instelling of concern is een zorgaanbieder of een organisatorisch verband van individuele zorgaanbieders die een toelating heeft in het kader van de WTZi. Een uitzondering hierop vormen instellingen die wel in financieel-administratieve zin samenwerken, maar niet samen zorg verlenen.

Behandeling of begeleiding

Het gaat om het meten van de zorgkwaliteit: of dat nu behandeling of begeleiding is.

Cliënt of patiënt

De set prestatie-indicatoren is bedoeld voor alle zorgsoorten in de FP. In de ggz is er regelmatig discussie over het gebruik van het woord 'cliënt' of 'patiënt'. Over het algemeen spreken we bij een behandeling van 'patiënt' en bij begeleiding of in de langdurende zorg van 'cliënt'. Om niet te blijven steken in deze discussie, is gekozen voor de term 'cliënt' (al valt er natuurlijk ook wat te zeggen voor de term 'patiënt'). Dus waar 'cliënt' staat, kunt u ook 'patiënt' lezen.

FP

Onder de FP wordt gehandicaptenzorg, ggz en verslavingszorg verstaan, die wordt geboden aan cliënten met een strafrechtelijke titel. Deze zorg wordt door het ministerie van Justitie ingekocht. Voor de FP worden de volgende afkortingen gebruikt:

FPC: Forensisch Psychiatrisch Centrum (voorheen TBS-kliniek)

FPK: Forensisch Psychiatrische Kliniek

FPA: Forensisch Psychiatrische Afdeling

FPP: Forensisch Psychiatrische Polikliniek

PPC: Penitentiair Psychiatrisch Centrum (voorheen gevangeniswezen)

DBBC: Diagnose Behandel Beveiliging Combinatie

1.5 Indicatoren specificeren naar hoofddiagnosegroepen

De zorgaanbieder rapporteert de uitkomsten van de indicatoren op concern-/instellingsniveau. Daarnaast vindt specificatie plaats naar hoofddiagnosegroep. Hiervoor is de DB(B)C-indeling als uitgangspunt genomen. Op basis daarvan registeren instellingen die FP leveren sinds 1 januari 2008. Er wordt uitgegaan van de volgende acht hoofddiagnosegroepen (NB: deze zijn aangepast t.o.v. verslagjaar 2007 en anders dan de hoofddiagnosegroepen van de algemene basisset):

- Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
- Aan alcohol gebonden stoornissen en overige aan een middel gebonden stoornissen
- Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
- Seksuele stoornissen
- Stoornissen in de impulsbeheersing
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Zwakzinnigheid
- Restgroep diagnoses (de diagnoses die hieronder vallen zijn opgenomen in bijlage I)

De werkgroep realiseert zich dat er vele andere indelingen mogelijk zijn die rekening houden met het type cliënten. Zo kan er bijvoorbeeld onderscheid gemaakt worden in titel, recidiverisico en duur behandeling (hoe lang al een diagnose). Dit om de zeggingskracht van de uitkomsten van de indicatoren te vergroten.

De stuurgroep kiest er op dit moment voor om voor alle instellingen te starten met de rapportage op hoofdgroepdiagnose, uitgesplitst naar de klinische en ambulante setting.

In 2010 zullen de indicatoren op individueel cliëntniveau moeten worden gerapporteerd. Dit betekent dat deze methodiek geïmplementeerd moet worden bij alle instellingen die FP leveren.

Gebruik van de basisset

Zorgaanbieders publiceren de resultaten van de prestatie-indicatoren in hun Jaar-document Maatschappelijke Verantwoording (JMV). Om de data te kunnen schonen, leveren de zorgaanbieders deze primair aan in een besloten database via de website www.zichtbarezorg.nl. Meer informatie hierover vindt u op deze website.

De set prestatie-indicatoren FP is van toepassing op de volgende (typen) zorgaanbieders:

- GGZ/verslavingszorg: alle aanbieders waarbij het Ministerie van Justitie zorg inkoop, met uitzondering van de aanbieders die een 'lichte contractvariant' hebben afgesloten met het ministerie.
- Gehandicaptenzorg (behandeling forensische SGLVG²).
- Penitentiair Psychiatrische Centra: 5 centra die FP aanbieden.

² *Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten.*

De betreffende zorgaanbieders rapporteren de prestatie-indicator op concern- of instellingsniveau. Een concern of een instelling is een organisatorisch verband dat een toelating heeft in het kader van de WTZi. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het publiceren van betekenisvolle informatie.

Rapportage

De genoemde typen zorgaanbieders zijn verplicht te rapporteren op alle indicatoren, tenzij bij de indicator anders staat aangegeven. De meeste instellingen behandelen zowel cliënten met een strafrechtelijke titel als cliënten zonder een strafrechtelijke titel. Dit betekent dat deze instellingen verschillende sets naast elkaar gaan hanteren. Voorbeeld: Een GGZ-instelling hanteert de GGZ-indicatorenset voor de GGZ-clieñten zónder strafrechtelijke titel en de prestatie-indicatoren FP voor cliënten mét een strafrechtelijke titel.

Instructie

De zorgaanbieders worden bij de aanlevering ondersteund door een werkinstructie. Overgebleven onduidelijkheden kunnen zij melden bij de helpdesk van Zichtbare Zorg die de vragen indien nodig doorspeelt aan een van de betrokken partijen.

Prestatie-indicatoren beheren en onderhouden

Jaarlijks evalueren de veldpartijen de kwaliteit en het gebruik van de prestatie-indicatoren. Waar nodig stellen ze de set bij. Alle partijen brengen hun ervaringen en eventuele problemen in met implementatie en gebruik. De indicatoren voor FP zullen volgend jaar meegenomen worden in de evaluatie van de basisset ggz en verslavingszorg verslagjaar 2009. Vooruitlopend op de situatie waarin de indicatorenset stabiel en geïmplementeerd is, wordt in samenwerking met de ander zorgsectoren (die zich voor hetzelfde doel gesteld zien) gewerkt aan een infrastructuur voor gebruik, beheer en onderhoud van de indicatoren.

1.6 Uitgangspunten van de prestatie-indicatoren

De indicatoren zijn uitgewerkt voor cliëntgerichtheid, effectiviteit en veiligheid. Deze onderdelen vormen samen de uitwerking van 'kwaliteit van zorg' zoals de Kwaliteitswet die omschrijft. De keuze van de indicatoren is gebaseerd de uitgangspunten zoals beschreven in 'Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, basisset 2007-2008':

- 1 Indicatoren zijn in ontwikkeling
- 2 Indicatoren moeten handvatten bieden voor externe verantwoording en interne kwaliteitsverbetering
- 3 Indicatoren worden gespecificeerd naar diagnosegroep
- 4 Een indicator is geen minimumnorm
- 5 Waar mogelijk uitkomstindicatoren hanteren
- 6 Indicatoren zijn uniform te meten
- 7 Prestaties meten vanuit verschillende perspectieven

- 8 Indicatoren baseren op bestaande registratiesystemen
- 9 Balans zoeken tussen zeggingskracht en praktische haalbaarheid

In aanvulling op bovenstaande uitgangspunten heeft de werkgroep bij de ontwikkeling van de prestatie-indicatoren FP rekening gehouden met de volgende uitgangspunten:

- de indicatoren hebben betrekking op cliënten met een strafrechtelijke titel.
Belangrijk om op te merken is dat het bij Penitentiaire Psychiatrische Centra (PPC) gaat om cliënten met een indicatie voor psychiatrische zorg (exclusie: cliënten die (nog) geen indicatie voor psychiatrische zorg hebben).
- De indicatoren worden uitgevraagd binnen het volwassenencircuit. De justitiële jeugdzorg wordt daarmee geëxcludeerd.

In het onderstaande overzicht is voor de verslagjaren 2009 en 2010 per jaar weer-gegeven welke indicatoren facultatief zijn en welke verplicht.

Prestatie-indicator	Facultatief over verslagjaar 2009 (set van de praktijktest)	Verplicht over verslagjaar 2010	Facultatief over verslagjaar 2010
1.1 Ernst van de problematiek	X	X	
1.2 Afname delictisico	X	X	
1.3 Recidive	X	X	
1.4 Drop-out	X	X	
1.5 Evaluatie/bijstelling behandelplan	X	X	
2.1 Medicatieveiligheid			X
2.2 Separatie	X	X	
2.3 Somatische screening	X	X	
2.4 Geweldsincidenten	X	X	
3.1 Betrokkenheid omgeving			X
3.2 Persoonlijke verzorging			X
3.3 Wachtijd tot start behandeling	X	X	
3.4 Passendheid van zorg			X
3.5 Continuïteit van zorg	X	X	
3.6 Informatieverstrekking			X
3.7 Bejegening			X

2. Samenvatting indicatoren

In het onderstaande schema ziet u een overzicht van de prestatie-indicatoren FP naar soort: uitkomst, proces of structuur. Het streven is om zoveel mogelijk uitkomst-indicatoren te gebruiken. Proces- of structuurindicatoren moeten alleen worden opgenomen als er geen uitkomstindicator voor handen is, én de proces- of structuurindicator daadwerkelijk iets zegt over de kwaliteit van de geleverde zorg.

1. Effectiviteit			
	Uitkomst	Proces	Structuur
Behandelresultaat	1.1a Oordeel van de cliënt over verandering ernst problematiek	1.1b Systematisch meten verandering ernst problematiek	1.1c Gebruikte instrumenten
	1.1d Verandering ernst problematiek		
	1.2c Afname delictisico na 6 maanden	1.2a Systematisch meten verandering delictisico	1.2b Gebruikte instrumenten
	1.3 Recidive		
	1.4 Drop-out		
Eigen invloed		1.5a Oordeel cliënt over evaluatie en bijstelling behandelplan	
		1.5b Percentage behandelpannen minder dan 1 jaar oud	

2. Veiligheid			
	Uitkomst	Proces	Structuur
Zorginhoudelijke veiligheid		2.1b Polyfarmacie 2.1c Combinatie van twee of meer antipsychotica	2.1a Type medicatie-bewakingssysteem
	2.2a Percentage insluitingen 2.2b Duur insluiting		
	2.3c Prevalentie chronische somatische aandoeningen	2.3a Somatische screening bij aanvang opname 2.3b Jaarlijkse somatisch screening bij langdurige opname	
Omgevingsveiligheid	2.4 Geweldsincidenten		

3. Cliëntgerichtheid			
	Uitkomst	Proces	Structuur
Omgeving Verzorging	3.1 Betrokkenheid omgeving		
	3.2c Beoordeling persoonlijke verzorging	3.2a Systematisch meten oordeel over persoonlijke verzorging	3.2b Gebruikte instrumenten
Voldoende en adequaat zorgaanbod	3.3 Wachtijd tot start behandeling		
	3.4 Passendheid van zorg		
	3.5 Continuïteit van zorg		
	3.6 Informatieverstrekking		
	3.7 Bejegening		

3. Onderdeel 1: Effectiviteit

Indicator 1.1 Ernst van de problematiek

Status	2009: Facultatief 2010: Verplicht
Onderbouwing	<p>Verandering van de ernst van de problematiek is de centrale maat voor het effect van de behandeling. Zowel de hulpverlener als de cliënt heeft hierover een oordeel. Bij voorkeur komen deze beide oordelen overeen. Voor het in kaart brengen van het cliëntenperspectief van deze indicator kan gebruikgemaakt worden van de CQ-index FP (wordt ontwikkeld).</p> <p>Voor het in kaart brengen van deze indicator vanuit het hulpverlenersperspectief is een veelheid aan meetinstrumenten beschikbaar (bijvoorbeeld GAF, BSI, HONOS). Geen enkele van deze instrumenten kan momenteel rekenen op voldoende draagvlak voor landelijke implementatie. Wel staat vast dat veel zorgaanbieders actief zijn in het meten van de verandering van de ernst van de problematiek van hun cliënten. Daarom inventariseert indicator 1.1.c de gebruikte meetinstrumenten. Zodra er één gevalideerd meetinstrument beschikbaar is, komt deze indicator te vervallen.</p> <p>Onderzoek naar deze instrumenten moet leiden tot een voldoende gedragen keuze voor standaardinstrumenten en psychometrische oplossingen om uitkomsten van verschillende instrumenten met elkaar te kunnen vergelijken. Bijvoorbeeld: hoe verhoudt een verandering in de ernst van de problematiek gemeten met de GAF zich tot een ander meetinstrument? Om hiertoe te komen heeft de Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ een expertgroep 'meetinstrumenten' geformeerd.</p> <p>De werkgroep Zichtbare Zorg FP heeft besloten aan te sluiten bij de uitkomsten van deze expertgroep. De werkgroep vindt het belangrijk dat de expertgroep, naast het vraagstuk over de (vergelijkbaarheid) van de meetinstrumenten, ook bepaalt wat de definitie van 'verbetering van de ernst van de problematiek (zie indicator 1.1.d)' is. Gaat het hier bijvoorbeeld om een gemiddelde verbetering of een verbetering van de score met minimaal een aantal punten. Als tijdelijke oplossing heeft de werkgroep gekozen voor een procesindicator die in kaart brengt of een zorgaanbieder op systematische wijze de verandering in ernst van de problematiek van haar cliënten meet, welke instrumenten zij hiervoor gebruikt en welke resultaten hiermee gemeten worden. Door het uitvragen van indicatoren 1.1.b en 1.1.c is indicator 1.1.d beter te interpreteren.</p> <p>Cliënten die minder dan een jaar in behandeling zijn (geweest), worden geëxcludeerd bij deze indicator. De werkgroep Zichtbare Zorg FP adviseert om deze exclusie in de toekomst te evalueren.</p>

Beschrijving	Deze indicator bestaat uit vier onderdelen: Cliëntperspectief: a) Het percentage cliënten waarbij de behandeling naar het oordeel van de cliënt heeft geleid tot verbetering en/of stabilisatie van de klachten. Hulpverlenerperspectief: b) Het percentage cliënten bij wie tijdens de behandeling op systematische wijze de verandering van de ernst van de problematiek in kaart is gebracht; c) De instrumenten die gebruikt worden; d) De verandering in de ernst van de problematiek.
Meetinstrument	Cliëntperspectief: Thermometer cliëntwaardering/ander cliëntervaringsinstrument op basis van de volgende vragen: - Vraag 13: 'Heeft u door de behandeling meer greep op uw problemen of klachten (gekregen)?' - Vraag 14: 'Bent u door de behandeling voldoende vooruit gegaan?' CQ-index (wordt ontwikkeld voor de FP): De gemiddelde score op de schaal 'Verandering in klachten en functioneren' van de CQ-index. Hulpverlenerperspectief: Instrument van eigen keuze.
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder.
Exclusie	Instellingen die alleen dagactiviteiten leveren (zonder verblijfscomponent). Begeleid wonen of beschermd zelfstandig wonen. Cliënten die minder dan een jaar in behandeling zijn (geweest).

1.1.a Oordeel van de cliënt over verandering van de ernst van de problematiek

Teller	Bij gebruik CQ-index: De totale schaalscore van de schaal 'Verandering klachten en functioneren' van alle cliënten die de vragen van de schaal beantwoord hebben. Bij gebruik eigen tool: Gewogen gemiddelde van vragen 1 tot en met 3 onder 'meetinstrument' (zie hierboven) * Vraagnummers worden ingevuld zodra instrument definitief en operationeel is. Score en weging worden bepaald door de CQ-index.
Noemer	Het totaal aantal cliënten dat de vragen beantwoord heeft.
Type indicator	Uitkomst.
Response rate	Het totaal aantal cliënten per diagnosegroep dat de vragen beantwoord heeft als % van het totaal aantal geraadpleegde cliënten.
Best practice	Nog te bepalen. Het streven is dat zowel de cliënt als de hulpverlener een positief oordeel heeft over de verandering van de ernst van de problematiek.

1.1.b Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek bij cliënten

Teller	Het aantal cliënten bij wie op systematische wijze de verandering in ernst van de problematiek gemeten is.
Noemer	Het totaal aantal cliënten van wie de behandeling gedurende het verslagjaar is afgesloten en het aantal cliënten dat gedurende het gehele verslagjaar in behandeling was.
Type indicator	Proces.
Best practice	Nog te bepalen.

1.1.c Gebruikte instrumenten

Omschrijving	Welke instrumenten gebruikt u voor het meten van de verandering van de ernst van de symptomen*? * Zodra er één gevalideerd meetinstrument beschikbaar is, komt deze indicator te vervallen.
Type indicator	Structuur.

1.1.d Verandering in ernst problematiek

Teller	1. Het aantal cliënten bij wie in het verslagjaar verbetering van de klachten is vastgesteld. 2. Het aantal cliënten bij wie in het verslagjaar stabilisatie van de klachten is vastgesteld.
Noemer	Het totaal aantal cliënten van wie de behandeling gedurende het verslagjaar is afgesloten en het aantal cliënten dat gedurende het gehele verslagjaar in behandeling was.
Type indicator	Uitkomst.
Best practice	Nog te bepalen. Het streven is dat zowel de cliënt als de hulpverlener een positief oordeel heeft over de verandering van de ernst van de problematiek.

Indicator 1.2 Afname delictrisico

Status	2009: Facultatief 2010: Verplicht
Onderbouwing	<p>Binnen de FP is het belangrijk een inschatting te maken van het delictrisico. Er wordt over 'delictrisico' en niet over 'delictgevaarlijk' gesproken omdat het risico van gewelddadigheid contextueel is (afhankelijk van situaties en omstandigheden), dynamisch en op een continue schaal ligt met verschillende niveaus van waarschijnlijkheid van optreden (Lodewijks en Ruiter 2003³). De inschatting wordt gedaan aan de hand van een gestructureerde risicotaxatie.</p> <p>Risicotaxatie betreft de kans dat een delict zal optreden; de aard, frequentie en ernst van het delict; het meest waarschijnlijke slachtoffer; risicoverhogende en -verlagende factoren (Hildebrand, De Ruiter, Van Beek, 2001⁴). Risicotaxatie vindt plaats via een gestructureerde klinische beslissing, dat wil zeggen een combinatie van risicotaxatie op grond van een bij voorkeur gevalideerd meetinstrument en het gezamenlijke klinische oordeel van hulpverleners.</p> <p>Als het risico goed wordt getaxeerd, kunnen verlos- of verlengingsadviezen beter worden gefundeerd en kan beter worden bepaald welk niveau van toezicht en beveiliging noodzakelijk is. Daarnaast biedt risicotaxatie aanknopingspunten voor behandeling die erop gericht is risicofactoren te verminderen (VWS 2005⁵).</p>
Beschrijving	<p>Deze indicator bestaat uit 3 onderdelen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Het percentage cliënten waarbij tijdens de behandeling op systematische wijze de verandering van delictrisico in kaart is gebracht; De instrumenten die gebruikt worden; Het percentage cliënten waarbij het delictrisico tussen voor- en nameting is afgenomen of gestabiliseerd.
Meetinstrument	<p>De voorkeur gaat uit naar gebruik van één van de volgende drie risicotaxatie instrumenten: de HCR-20, SVR-20 en HKT-30 (Bij FPC's zijn deze verplicht). Uit een aantal studies (Hildebrand et al., 2003³; De Vogel, 2005⁶) blijkt dat een gestandaardiseerde risicotaxatie met een gestructureerde klinische checklist zeer bruikbaar en waardevol is voor de forensische klinische praktijk. Het Expertise Centrum FP heeft onderzoek verricht naar de nauwkeurigheid van drie risicotaxatie instrumenten, de HCR-20, SVR-20 en HKT-30. De werkgroep Zichtbare Zorg FP vindt het belangrijk dat het gebruik van meerdere valide meetinstrumenten mogelijk blijft. Wel vindt de werkgroep dat, meer dan nu het geval is, gestreefd moet worden naar de vergelijkbaarheid van uitkomsten. Nader onderzoek naar</p>

³ Lodewijks, H.P.B., Ruiter, C. de, & Doreleijers, Th.A.H. (2003). *Risicotaxatie en risicohantering van gewelddadig gedrag bij adolescenten. Tijdschrift voor Directieve Therapie*, 1, 25-42.

⁴ Hildebrand, M., Ruiter, C. de, & Van Beek, D.J. (2001). *SVR-20. Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag. Utrecht: Forum Educatief.*

⁵ http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_class/br_ggz_mz_forensisch.html

⁶ Vogel, de, (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice. The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients, PhD-Thesis.*

	deze instrumenten moet leiden tot een voldoende gedragen keuze voor standaard-instrumenten en psychometrische oplossingen om uitkomsten van verschillende instrumenten met elkaar te kunnen vergelijken.
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder.
Exclusie	Niet-forensische gehandicaptenzorg. Nog niet veroordeelde cliënten.

1.2.a Het op systematische wijze meten van de verandering van het delictrisico bij cliënten

Teller	Het aantal cliënten bij wie op systematische wijze de verandering in delictrisico gemeten is.
Noemer	Het totaal aantal cliënten dat op enig moment gedurende het gehele verslagjaar in behandeling was.
Type indicator	Proces.
Best practice	Nog te bepalen.

1.2.b Gebruikte instrumenten

Omschrijving	Welk(e) instrument(en) gebruikt u voor het meten van de afname van delictrisico?
Type indicator	Structuur.

1.2.c Afname delictrisico

Teller	<ol style="list-style-type: none"> Het aantal cliënten bij wie in het verslagjaar verbetering van het delictrisico is vastgesteld. Het aantal cliënten bij wie in het verslagjaar stabilisatie van het delictrisico is vastgesteld.
Noemer	Het totaal aantal cliënten dat op enig moment gedurende het gehele verslagjaar in behandeling was en waarbij op systematische wijze de verandering in delictrisico gemeten is.
Type indicator	Uitkomst.
Best practice	Nog te bepalen.

Indicator 1.3 Recidive tijdens de strafrechtelijke titel

Status	2009: Facultatief 2010: Verplicht
Onderbouwing	<p>De (psychiatrische) behandeling van cliënten binnen een strafrechtelijk kader heeft tot doel de kans op herhaling van het delict tot een aanvaardbaar risico te verminderen. De kwaliteit van de forensische behandeling wordt daarom mede bepaald door het aantal delicten tijdens de uitvoering van de strafrechtelijke maatregel.</p> <p>Bij de uitwerking van deze indicator wordt, vanwege de meetbaarheid in verschillende settings, onderscheid gemaakt tussen de klinische en ambulante setting:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recidive gebaseerd op het aantal processen-verbaal voor de klinische setting. - Recidive gebaseerd op het aantal veroordelingen voor de ambulante setting. <p>Binnen de PPC's en FPC's worden het aantal opgemaakte processen-verbaal al enkele jaren als maat voor recidive gebruikt. De reden voor deze operationalisering is dat cliënten die in een dergelijke setting verblijven vaak niet vervolgd worden vanwege hun opname/detentie. Om deze reden is ervoor gekozen bij klinische settings het proces-verbaal als uitkomstmaat voor recidive te hanteren. In een ambulante setting is hier geen sprake van en wordt gekozen voor een veroordeling als uitkomstmaat van recidive.</p> <p>De werkgroep Zichtbare Zorg FP realiseert zich dat er met de keuze voor het proces-verbaal als uitkomstmaat vervuiling ontstaat. Met het opmaken van een proces-verbaal is de cliënt immers nog niet veroordeeld. Echter, dit effect zal voor iedere instelling gelijk zijn. De zeggingskracht van deze indicator bestaat uit het volgen van de uitkomsten over meerdere jaren. Op deze manier wordt zichtbaar wat de verandering is in het percentage recidive tijdens strafrechtelijke titel binnen een instelling en hoe deze verandering zich verhoudt ten opzichte van andere instellingen.</p> <p>Bij deze indicator wordt in kaart gebracht of er sprake is van speciale en ernstige recidive. Speciale recidive is een nieuw justitiecontact naar aanleiding van hetzelfde soort misdrijf als in de uitgangzaak (bijv. vermogen, zeden, geweld). Ernstige recidive is een nieuw justitiecontact naar aanleiding van een misdrijf met een wettelijke strafdreiging van minstens vier jaar.</p>
Beschrijving	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het percentage opgemaakt processen-verbaal ten aanzien van gelijkwaardige delicten of delicten met een wettelijke strafdreiging van minstens vier jaar (klinische setting). 2. Het percentage veroordelingen ten aanzien van gelijkwaardige delicten of delicten met een wettelijke strafdreiging van minstens vier jaar (ambulante setting).
Meetinstrument	N.v.t.
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder.
Teller	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het aantal opgemaakte processen-verbaal voor minimaal gelijkwaardige delicten of delicten met een wettelijke strafdreiging van minstens vier jaar voor de klinische setting. 2. Het aantal opgemaakte veroordelingen voor minimaal gelijkwaardige delicten of delicten met een wettelijke strafdreiging van minstens vier jaar voor de ambulante setting.

Noemer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het totaal aantal cliënten dat op enig moment gedurende het verslagjaar in de klinische setting opgenomen was. 2. Het totaal aantal cliënten dat op enig moment gedurende het verslagjaar in de ambulante setting behandeld werd.
Exclusie	Niet-forensische gehandicaptenzorg. Cliënten die in preventieve hechtenis zitten.
Type indicator	Uitkomst.
Best practice	Nog te bepalen.

Indicator 1.4 Drop-out

Status	2009: Facultatief 2010: Verplicht
Onderbouwing	<p>Deze indicator geldt voor alle voorwaardelijke sancties. Wanneer een forensische cliënt de behandeling eenzijdig beëindigt, onttrekt deze zich daarmee aan de behandeling en aan de voorwaarden die in het vonnis gesteld zijn. Het terugvalrisico wordt hierdoor verhoogd.</p> <p>Het aantal eenzijdige onttrekkingen kan worden afgezet tegen het aantal cliënten dat op enig moment in het verslagjaar in behandeling was of tegen het aantal ontslagen in het verslagjaar. De indicator geeft beide percentages weer.</p>
Beschrijving	Het percentage cliënten dat hun behandeling tijdens de duur van de strafrechtelijke titel eenzijdig (tegen het advies van de behandelaar) beëindigd heeft gedurende het verslagjaar.
Meetinstrument	N.v.t.
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder.
Teller	Aantal cliënten waarbij de behandeling gedurende het verslagjaar is afgesloten met als opgegeven reden van afsluiting 'eenzijdige beëindiging door cliënt'.
Noemer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het totaal aantal cliënten dat op enig moment gedurende het verslagjaar in behandeling was. 2. Het totaal aantal cliënten waarbij de behandeling gedurende het verslagjaar is afgesloten.
Exclusie	FPC's, FPK's voor de titel TBS met dwangverpleging, PPC en artikel 37.
Type indicator	Uitkomst (het in zorg houden van cliënten is een belangrijk resultaat van de zorg)
Best practice	Nog te bepalen.

4. Onderdeel 2: Veiligheid

Indicator 1.5 Evaluatie en bijstelling behandelplan

Status	2009: Facultatief 2010: Verplicht
Onderbouwing	Aangezien de gezondheidstoestand van een cliënt kan veranderen, is evaluatie en bijstelling van het behandelplan noodzakelijk. Als dit niet gebeurt, is er een verhoogd risico op onvoldoende of inadequate behandeling.
Beschrijving	Deze indicator bestaat uit 2 onderdelen: Cliëntperspectief: a) Het percentage cliënten waarbij het behandelplan naar het oordeel van de cliënt is geëvalueerd. Hulpverlenerperspectief: b) Het percentage behandelplannen van cliënten in langdurige behandeling (zowel intramuraal als ambulante) dat minder dan één jaar oud is.
Meetinstrument	N.v.t.
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder.
Exclusie	Cliënten korter dan één jaar in behandeling.

1.5.a Oordeel van de cliënt over de evaluatie en bijstelling van het behandelplan

Teller	Totaal aantal cliënten dat aangeeft dat in het afgelopen jaar het behandelplan is geëvalueerd.
Noemer	Totaal aantal bevraagde cliënten.
Meetinstrument	Welk instrument heeft u gebruikt voor deze rapportage?
Type indicator	Proces en structuur.
Best practice	Nog te bepalen.

1.5.b Percentage behandelplannen dat minder dan één jaar oud is

Teller	Totaal aantal cliënten dat: - Op peildatum 31 december van het verslagjaar meer dan één jaar behandeling is geweest; - Een behandelplan heeft, waarvan de behandeldoelen niet langer dan één jaar geleden aantoonbaar zijn bijgesteld.
Noemer	Totaal aantal cliënten dat op peildatum 31 december van het verslagjaar meer dan één jaar in behandeling is geweest.
Type indicator	Proces.
Best practice	De norm is 100% (het evalueren en bijstellen van de behandeling- of begeleidingsplannen is wettelijk verplicht).

Indicator 2.1 Medicatieveiligheid

Status	2009: Facultatief 2010: Facultatief 2011: Verplicht
Onderbouwing	Bij het voorschrijven van medicatie is het belangrijk dat er geen gevaarlijke combinaties ontstaan en dat geneesmiddelen in de juiste dosering worden voorgeschreven. Een medicatiebewakingssysteem geeft aan wanneer gevaarlijke doseringen en/of combinaties van medicijnen worden voorgeschreven. Deze waarschuwingen helpen bij het verminderen van risicovolle situaties zoals polifarmacie en combinaties van twee of meer antipsychotica. Het uitgangspunt is dat psychofarmaca altijd door een psychiater wordt voorgeschreven.
Beschrijving	Deze indicator bestaat uit drie onderdelen: a) Type medicatiebewakingssysteem b) Polifarmacie bij cliënten in behandeling c) Combinatie van twee of meer antipsychotica bij cliënten in behandeling
Meetinstrument	N.v.t.
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder.
Exclusie	N.v.t.

2.1.a Type medicatiebewakingssysteem

	Over welk type medicatiebewakingssysteem beschikt de instelling: a) Elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) b) Niet-EVS (wel geautomatiseerd bewakingssysteem) c) Niet geautomatiseerd bewakingssysteem d) Geen bewakingssysteem Indien optie b of c van toepassing is: welk bewakingssysteem wordt door de instelling gebruikt?
Type indicator	Structuur.
Best practice	Elektronisch voorschrijfsysteem.

2.1.b Polifarmacie bij cliënten in behandeling

Teller	Aantal cliënten dat gedurende het verslagjaar op enig moment meer dan 4 soorten psychofarmaca voorgeschreven heeft gekregen.
Noemer	Het totaal aantal cliënten dat gedurende het verslagjaar in behandeling was.
Type indicator	Proces.
Best practice	Nog te bepalen.

2.1.c Combinatie van twee of meer antipsychotica bij cliënten in behandeling

Teller	Aantal cliënten dat in het verslagjaar gedurende drie maanden of langer gelijktijdig twee of meer antipsychotica heeft gebruikt.
Noemer	Totaal aantal cliënten dat gedurende het verslagjaar één of meer antipsychotica heeft gebruikt.
Type indicator	Proces.
Best practice	Nog te bepalen.

Indicator 2.2 Separatie

Status	2009: Facultatief 2010: Verplicht
Onderbouwing	Tijdens een behandeling komt het voor dat bij cliënten separatie wordt toegepast. Deze interventie wordt ingezet wanneer cliënten dusdanig ontregeld zijn dat zij een gevaar voor zichzelf en hun omgeving vormen. De mate waarin separatie wordt toegepast, geeft een indicatie van de kwaliteit van een behandeling. Het geeft immers aan hoe vaak er sprake is van een ontregelde cliënt. Deze indicator geeft een totaalbeeld van het klimaat binnen een instelling. Indien nodig kan Justitie verdere specificaties van de separaties uitvragen bij de instellingen.
Beschrijving	Deze indicator bestaat uit twee onderdelen: a) Het percentage insluitingen in separeerruimte(n); b) De gemiddelde duur van insluitingen in separeerruimte(n).
Meetinstrument	Argus. Indien een instelling Argus niet gebruikt, kan een vergelijkbare registratie gehanteerd worden aan de hand waarvan onderstaande gegevens zijn te genereren.
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder.

2.2.a Percentage insluitingen

Teller	Het totaal aantal separaties in separeerruimte(n) dat gedurende het verslagjaar is toegepast.
Noemer	1. Het totaal aantal cliënten dat op enig moment gedurende het verslagjaar in behandeling was. 2. Het totaal aantal cliënten dat gedurende het verslagjaar één of meerdere malen is gesepareerd in een separeerruimte.
Exclusie	Zorgaanbieders die geen klinische zorg leveren.
Type indicator	Uitkomst.
Best practice	Nog te bepalen.

2.2.b Duur van insluiting

Teller	De totale duur in uren van de separatie(s) in separeerruimte(n) gedurende het verslagjaar.
Noemer	Het totaal aantal separaties in separeerruimte(n) dat gedurende het verslagjaar is toegepast.
Exclusie	Zorgaanbieders die geen klinische zorg leveren.
Type indicator	Uitkomst.
Best practice	Nog te bepalen.

Indicator 2.3 Somatische screening

Status	2009: Facultatief 2010: Verplicht
Onderbouwing	Uit de nota 'Kwaliteitsnormen in de somatische zorg in de GGZ' (2004) blijkt dat er duidelijke tekortkomingen op het gebied van de somatische zorg zijn. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de fysieke gezondheid van langdurig opgenomen cliënten omdat deze geen eigen huisarts hebben. Bij veel psychiatrische stoornissen komen al dan niet opgemerkt (co-morbide) somatische afwijkingen of stoornissen voor. Het is van belang dat co-morbiditeit tijdig gesignaleerd wordt. Daarom is het belangrijk dat bij aanvang van de behandeling bij alle cliënten in klinische behandeling en langdurige behandeling in samenhang met de behandeling een somatische screening plaatsvindt. Cliënten met schizofrenie of een psychotische aandoening hebben een verhoogd risico op (co-morbide) somatische afwijkingen of stoornissen. Bij deze cliënten is het wenselijk de screening routinematig (jaarlijks) uit te voeren. Onder somatische screening wordt verstaan: een lichamelijk onderzoek verricht door een daartoe bevoegd arts. Het lichamelijk onderzoek zal zich toespitsen op de somatische aandoeningen waarvan wetenschappelijk is aangetoond dat zij regelmatig voorkomen in combinatie met de psychiatrische diagnose van de cliënt. Somatische chronische aandoeningen worden vaak niet of niet tijdig onderkend in de FP. Daarom is het relevant te letten op de geregistreerde prevalentie van dit type aandoeningen bij cliënten in behandeling bij FP-aanbieders. Opvallende afwijkingen in de prevalentie van chronische stoornissen bij cliënten opgenomen in FP-instellingen, ten opzichte van cliënten opgenomen in spiegelinstellingen en landelijke prevalentie gegevens, geven een indicatie van de mate waarin er aandacht is voor somatische problematiek.
Beschrijving	Deze indicator bestaat uit drie onderdelen: a) Het percentage cliënten dat bij aanvang van de opname binnen één maand aantoonbaar somatisch gescreend wordt volgens een vastgelegde procedure; b) Het percentage langdurig opgenomen cliënten dat jaarlijks aantoonbaar somatisch gescreend wordt volgens een vastgelegde procedure; c) Prevalentie van chronische somatische aandoeningen.

Meetinstrument	Indien de gegevens niet beschikbaar zijn in de administratie van de zorgaanbieder, dient dossieronderzoek gedaan te worden op basis van een door de Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ gedefinieerde aselechte steekproef.
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder/medische dossiers.

2.3.a Somatische screening bij aanvang van opname

Teller	Administratie zorgaanbieder: Het aantal klinische cliënten dat in het verslagjaar bij aanvang van de opname binnen één maand aantoonbaar somatisch gescreend is volgens een vastgelegde procedure. Steekproef (zie werkinstructie per indicator): Het aantal dossiers waarin het resultaat van een somatische screening bij aanvang van de opname binnen één maand schriftelijk is vastgelegd.
Noemer	Administratie zorgaanbieder: Het totaal aantal klinische cliënten dat gedurende het verslagjaar (nieuw) opgenomen werd binnen uw instelling. Steekproef (zie werkinstructie per indicator): Het totaal aantal dossiers (N=25) dat is onderzocht.
Exclusie	Ambulante forensische behandeling of begeleiding. Begeleid wonen of beschermd zelfstandig wonen met strafrechtelijke titel.
Type indicator	Proces.
Best practice	100%

2.3.b Jaarlijkse somatische screening bij langdurige opname

Teller	Administratie zorgaanbieder: Het totaal klinische aantal cliënten dat voldoet aan volgende criteria: <ul style="list-style-type: none"> - Op enig moment gedurende het verslagjaar in behandeling; - Langer dan één jaar opgenomen; - Niet langer dan één jaar geleden aantoonbaar somatisch gescreend volgens een vastgelegde procedure. Steekproef (zie werkinstructie per indicator): Het aantal dossiers van cliënten waarin het resultaat van een somatische screening, die niet langer dan één jaar geleden is uitgevoerd, schriftelijk is vastgelegd.
Noemer	Administratie zorgaanbieder: Het totaal aantal klinische cliënten dat op enig moment gedurende het verslagjaar in behandeling was en langer dan een jaar opgenomen waren. Steekproef (zie werkinstructie per indicator): Het totaal aantal dossiers (N=25) dat is onderzocht.
Type indicator	Proces.
Best practice	100%

2.3.c Prevalentie van chronische somatische aandoeningen

Teller	1. Het aantal klinische cliënten met diabetes mellitus type II op peildatum 31 december van het verslagjaar. 2. Het aantal klinische cliënten met een cardiovasculaire aandoening op peildatum 31 december van het verslagjaar.
Noemer	Het aantal opgenomen cliënten op peildatum 31 december van het verslagjaar.
Type indicator	Uitkomst.
Best practice	Nog te bepalen.
Opmerkingen	Het is belangrijk om op te merken dat de uitkomst van de indicator 2.3.c an sich niets zegt over de kwaliteit van zorg. Het volgen van de uitkomsten van deze indicator over de tijd heen geeft echter wel nuttige informatie. Op die manier wordt zichtbaar wat de verandering is in de prevalentie van chronische ziekten binnen een instelling en hoe deze verandering zich verhoudt ten opzichte van andere instellingen. Uitbijters kunnen vervolgens een indicatie geven voor nader onderzoek.

Indicator 2.4 Geweldsincidenten

Status	2009: Facultatief 2010: Verplicht
Onderbouwing	Geweldsincidenten in de behandelsetting dienen zoveel mogelijk vermeden te worden. Een effectieve behandeling van agressieve cliënten draagt bij aan het verminderen van geweldsincidenten. Het voorkomen van geweldsincidenten wordt onder andere bepaald door de mate waarin de zorgaanbieder in staat is effectief te behandelen (Hornsveld & Lammers, 2000) ⁷ . Grofweg kunnen drie belangrijke typen geweldsincidenten in de FP worden onderscheiden: <ul style="list-style-type: none"> - Geweldsincidenten onderling; - Geweldsincidenten tegen medewerkers; - Automutilatie. Indien zich een geweldsincident voordoet, wordt dit verplicht geregistreerd in de instelling. Het voorkomen van geweldsincidenten, gemeten op basis van deze bestaande registratie, zegt dus niet alleen iets over de kwaliteit van de behandeling, maar tegelijkertijd over de kwaliteit van het systeem van melden en het geven van follow-up aan deze meldingen. Het is belangrijk om op te merken dat de uitkomst van deze indicator an sich niets zegt over de kwaliteit van zorg. Het volgen van de uitkomsten van deze indicator over de tijd heen geeft echter wel nuttige informatie. Op die manier wordt zichtbaar wat de verandering is in het % geweldsincidenten binnen een instelling en hoe deze verandering zich verhoudt ten opzichte van andere instellingen. Uitbijters kunnen vervolgens een indicatie geven voor nader onderzoek.

⁷ Hornsveld & Lammers, 2000.

Beschrijving	Het percentage geweldsincidenten: 1. Onderling 2. Tegen medewerkers 3. Tegen zichzelf gericht
Meetinstrument	n.v.t.
Informatiebron	Bestaande registratie van geweldsincidenten in de instelling.
Teller	Het aantal geweldsincidenten gedurende het verslagjaar gemeten: 1. Onderling 2. Tegen medewerkers 3. Tegen zichzelf gericht
Noemer	1. Het aantal cliënten dat op enig moment gedurende het verslagjaar in behandeling was. 2. Het aantal cliënten dat gedurende het verslagjaar één of meerdere geweldsincidenten heeft gepleegd.
Exclusie	Verbale incidenten en ambulante zorg voor automutilatie.
Type indicator	Uitkomst.
Best practice	n.v.t.

5. Onderdeel 3: Cliëntgerichtheid

Indicator 3.1 Betrokkenheid omgeving

Status	2009: Facultatief 2010: Facultatief 2011: Verplicht
Onderbouwing	Binnen de FP is het belangrijk om de omgeving (familieleden, partner, wettelijke vertegenwoordiger, etc.) te betrekken bij de behandeling. Dit heeft een positieve uitwerking op de behandeling van de cliënt en kan zorgen voor een vermindering van het aantal recidieven. Instellingen zetten verschillende activiteiten in om de betrokkenheid van de omgeving te vergroten. Het is noodzakelijk te vragen naar het oordeel van de omgeving zelf om na te gaan hoe deze activiteiten beoordeeld worden.
Beschrijving	Percentage cliënten waarbij de omgeving aangeeft dat zij, naar het eigen oordeel, voldoende zijn betrokken bij de behandeling van de cliënt.
Meetinstrument	CQ-index betrokkenen (FP) (wordt mogelijk ontwikkeld) voor omgeving bevat in ieder geval onderstaande onderwerpen: 1. Vindt de omgeving dat ze voldoende op de hoogte gehouden wordt door de instelling over de behandeling van de cliënt? 2. Vindt de omgeving dat ze betrokken wordt door de instelling bij de behandeling van de cliënt? 3. Is het aanspreekpunt van de instelling bekend bij de omgeving? 4. Heeft de omgeving het gevoel dat het aanspreekpunt laagdrempelig is? Zolang de CQ-index nog niet ontwikkeld is, kunt u gebruikmaken van een eigen meetinstrument. De vragen moeten allemaal inhoudelijk overeenkomen met de bovengenoemde vragen. (De Thermometer Cliëntwaardering betrokkenen' gaat alleen in op de vragen 1 en 2 en kan hier dus niet gebruikt worden)
Informatiebron	N.v.t.
Teller	Bij gebruik CQ-index: De totale schaalscore van alle respondenten die vragen van de schaal 'betrokkenheid bij behandeling' hebben ingevuld. Bij gebruik eigen instrument: De totale score van alle 4 de vragen van alle respondenten opgeteld.
Noemer	Het totaal aantal respondenten dat de vragen beantwoord heeft.
Exclusie	Cliënten die aangeven geen betrokkenheid van de omgeving te wensen.
Type indicator	Uitkomst.
Response rate	Het totaal aantal leden uit de omgeving dat de vraag beantwoord heeft als % van het totaal aantal geraadpleegde leden uit de omgeving.
Best practice	Nog te bepalen.

Indicator 3.2 Persoonlijke verzorging

Status	2009: Facultatief 2010: Facultatief 2011: Verplicht
Onderbouwing	Binnen de FP is het noodzakelijk om bij bepaalde cliëntengroepen extra aandacht te besteden aan de persoonlijke verzorging. Het gaat dan om cliënten die hiervoor niet zelf zorg kunnen dragen, zoals cliënten met een beperking of oudere cliënten. Om na te gaan hoe een instelling hier aandacht aan besteedt, kan gevraagd worden naar het perspectief van cliënten hierover of als dat niet mogelijk is naar het perspectief van hun wettelijk vertegenwoordigers.
Beschrijving	Deze indicator bestaat uit 3 onderdelen: a) Het percentage cliënten waarbij een beoordeling van de persoonlijke verzorging is uitgevraagd. b) De instrumenten die gebruikt worden om de persoonlijke verzorging te laten beoordelen. c) Het percentage cliënten/wettelijk vertegenwoordigers dat positief oordeelt over de persoonlijke verzorging binnen de instelling. Onder persoonlijke verzorging wordt verstaan: <ul style="list-style-type: none"> - Aandacht en ondersteuning bij eten, drinken, gebitsverzorging, aankleden en toiletgang (keuze over tijdstip, tijd ertussen, voldoende tijd beschikbaar voor activiteit, genoeg hulp beschikbaar). - Zichzelf als schoon ervaren (haren, nagels, etc.).
Meetinstrument	CQ-index FP (wordt mogelijk ontwikkeld) bevat voor persoonlijke verzorging in ieder geval onderstaande onderwerpen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Gebeurt de verzorging op de juiste momenten? 2. Gebeurt de verzorging zo vaak als nodig is? 3. Gebeurt de verzorging op de manier zoals u dat wilt? Zolang de CQ-index nog niet ontwikkeld is, kunt u gebruikmaken van een eigen meetinstrument. De vragen moeten allemaal inhoudelijk overeenkomen met de bovengenoemde vragen.
Informatiebron	N.v.t.
Exclusie	GGZ-cliënten, cliënten in ambulante zorg, cliënten met een behandeling korter dan 30 dagen en cliënten die minder dan 30 dagen in behandeling zijn. Geïnccludeerd zijn de SGLVG-cliënten en GGZ cliënten uit de hoofddiagnosegroep 'schizofrenie en ander psychotische stoornissen'.

3.2.a Het op systematische wijze meten van de beoordeling van persoonlijke verzorging

Teller	Het aantal cliënten bij wie gedurende het verslagjaar op systematische wijze de beoordeling van persoonlijke verzorging is uitgevraagd.
Noemer	Het aantal cliënten behandeld/in behandeling gedurende het verslagjaar.
Type indicator	Proces.
Best practice	Nog te bepalen.

3.2.b Gebruikte instrumenten

Omschrijving	Welke instrumenten gebruikt u voor de beoordeling van persoonlijke verzorging?
Type indicator	Structuur.

3.2.c Beoordeling van persoonlijke verzorging

Teller	Bij gebruik CQ-index: De totale schaalscore van alle respondenten die vragen van de schaal 'persoonlijke verzorging' hebben ingevuld. Bij gebruik eigen instrument: De totale score van alle 3 de vragen van alle respondenten opgeteld.
Noemer	Het totaal aantal cliënten/wettelijk vertegenwoordigers dat de vragen beantwoordt heeft.
Type indicator	Uitkomst.
Response rate	Het totaal aantal cliënten/wettelijk vertegenwoordigers dat de vraag beantwoordt heeft als % van het totaal aantal geraadpleegde cliënten/wettelijk vertegenwoordigers.
Best practice	Nog te bepalen.

Indicator 3.3 Wachtijd tot start behandeling

Status	2009: Facultatief 2010: Verplicht
Onderbouwing	De tijd die de cliënt moet wachten vanaf het moment dat de indicatie voor behandeling of begeleiding is gesteld tot het moment dat de behandeling start, dient zo kort mogelijk te zijn teneinde verergering van de stoornis te voorkomen en de kans op risicovol (delict) gedrag te verkleinen. Het is bekend dat de invloed van de zorgaanbieder op de wachttijd van de cliënt soms beperkt is. Desalniettemin is het een zinvol onderwerp van gesprek.
Beschrijving	Gemiddelde wachttijd in dagen tussen datum inschrijving/aanmelding en datum start behandeling voor ambulante forensische behandeling, klinische forensische behandeling en plaatsing in een forensische RIBW.
Meetinstrument	N.v.t.
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder. Binnen de administratie worden verschillende wachttijden geregistreerd. Binnen deze indicator is dit onderscheid niet aangebracht. Voor intern kwaliteitsbeleid zijn deze wel interessant.
Teller	Totale wachttijd in dagen tussen het moment van inschrijving/aanmelding en de start van behandeling opgeteld van alle cliënten. Uitgesplitst naar ambulant, klinisch en RIBW.
Noemer	Het totaal aantal cliënten dat gedurende het verslagjaar (nieuw) opgenomen werd binnen uw instelling. Uitgesplitst naar ambulant, klinisch en RIBW.
Exclusie	Crisisopnamen en gedwongen opnamen.
Type indicator	Uitkomst.
Best practice	Nog te bepalen.

Indicator 3.4 Passendheid van zorg

Status	Nog nader uitwerken in 2009.
Onderbouwing	<p>Een onafhankelijke indicatiestelling bepaalt welke zorg en beveiliging een cliënt met een strafrechtelijke titel nodig heeft. Die indicatie wordt gesteld in het kader van het strafrechtelijke vonnis. De indicatiestelling vormt de basis voor de inkoop van DB(B) C-producten door de Directie FP (DFORZO) en voor de plaatsing van een cliënt in een inrichting of instelling.</p> <p>De indicatiestelling moet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Onafhankelijk zijn van financiers en zorgaanbieders; - Alle relevante informatie over de cliënt meewegen; - Van goede kwaliteit zijn. <p>Daarom gaan alle partijen in het forensische veld werken met een uniform systeem en volgens een uniforme werkwijze. Hiervoor is een landelijk indicatie-instrument ontwikkeld⁸.</p> <p>Het is belangrijk dat de zorg en het beveiligingsniveau dat cliënten ontvangen aansluit bij de indicatie die is gesteld. Bij de start van de behandeling kan op basis van de indicatie het ontslagmoment en de ontslagbestemming worden bepaald. Hoe eerder een instelling hierop anticipeert, hoe beter dit is voor de continuïteit van zorg.</p> <p>Vanaf 1 januari 2009 wordt de nieuwe indicatiestelling ingevoerd. Omdat de procedure op dit moment nog onvoldoende inzichtelijk is, heeft de werkgroep Zichtbare Zorg FP besloten deze indicator op een later moment (in 2009) uit te werken.</p>
Onderbouwing	<p>De werkgroep vindt het belangrijk dat de indicator in ieder geval bestaat uit de volgende onderdelen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Percentage cliënten waarbij bij afsluiting van de zorg het aantal uren geleverde zorg overeenkomt met het aantal geïndiceerde uren; b) Percentage cliënten waarbij de inhoud van de geleverde zorg op T1 overeenkomt met de indicatie; c) Percentage cliënten waarbij op T1 het beveiligingsniveau overeenkomt met de indicatie; d) Percentage teruggeplaatste cliënten na doorverwijzing.

⁸ www.dji.nl

Indicator 3.5 Continuïteit van zorg

Status	2009: Verplicht (met uitzondering van 3.5.c, die is facultatief) 2010: Verplicht
Onderbouwing	<p>Niet zelden is bij afloop van de strafrechtelijke titel nog sprake van een zorgbehoefte, voortvloeiend uit het doel de cliënt te laten terugkeren in de samenleving. Dit kan vervolgzorg zijn binnen een GGZ-instelling, maar ook ondersteuning en begeleiding in het kader van de Maatschappelijke Opvang. Indien bij afloop van de strafrechtelijke titel vervolgzorg geïndiceerd is, wordt van de zorgaanbieder verwacht dat deze vanuit zijn rol in de keten actie onderneemt om passende vervolgzorg te realiseren.</p> <p>Het is duidelijk dat de zorgaanbieder niet verantwoordelijk gehouden kan worden voor de totstandkoming van vervolgzorg binnen een andere instelling, maar wel voor de zo effectief mogelijke aanleiding naar zorg elders. Om deze reden wordt gevraagd naar de inspanning die de zorgaanbieder heeft verricht om vervolgzorg te realiseren. Deze inspanning wordt vertaald in het aanvragen van een CIZ-indicatie en het leggen van contacten met een zorgaanbieder die passende vervolgzorg kan bieden.</p>
Beschrijving	<p>Deze indicator bestaat uit drie onderdelen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Het percentage cliënten dat na afloop van de strafrechtelijke titel vervolgzorg behoeft. b) Het percentage cliënten voor wie voor afloop van de strafrechtelijke titel aantoonbaar contacten zijn gelegd met zorgaanbieders die passende vervolgzorg kunnen bieden, uitgesplitst naar: <ul style="list-style-type: none"> - Afdeling binnen eigen concern; - Afdeling buiten het eigen concern (o.a. maatschappelijke opvang); - Reclassering. c) Het percentage cliënten/wettelijk vertegenwoordigers dat aangeeft dat de instelling aantoonbaar contacten heeft gelegd met zorgaanbieders die passende vervolgzorg bieden.
Meetinstrument	<p>Cliëntperspectief (3.5c): CQ-index FP (wordt mogelijk ontwikkeld) bevat in ieder geval onderstaande items:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Heeft de instelling voor u contacten gelegd met zorgaanbieders die aan u vervolgzorg gaan aanbieden? 2. Bent u daarover voldoende geïnformeerd? <p>Zolang de CQ-index nog niet ontwikkeld is kunt u gebruikmaken van een eigen meetinstrument. De vragen moeten allemaal inhoudelijk overeenkomen met de bovengenoemde vragen.</p>
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder
Exclusie	Begeleid wonen of beschermd zelfstandig wonen.

3.5.a Percentage cliënten dat vervolgzorg binnen de GGZ of maatschappelijke opvang behoeft na afloop van de strafrechtelijke titel

Teller	Het aantal cliënten bij wie bij afloop van de strafrechtelijke titel vervolgzorg noodzakelijk wordt geacht.
Noemer	Het totaal aantal cliënten van wie in het verslagjaar de strafrechtelijke titel afloopt.
Type indicator	Uitkomst.
Best practice	Nog te bepalen.

3.5.b Percentage cliënten voor wie voor afloop van de strafrechtelijke titel aantoonbaar contacten zijn gelegd met zorgaanbieders die passende vervolgzorg kunnen bieden

Teller	Het aantal cliënten voor wie vervolgzorg noodzakelijk wordt geacht en waarvoor voorafgaand aan de afloop van de strafrechtelijke titel aantoonbaar contact is gelegd met: <ul style="list-style-type: none"> - Afdeling binnen eigen concern; - Afdeling buiten het eigen concern (o.a. maatschappelijke opvang); - Reclassering.
Noemer	Het aantal cliënten bij wie bij afloop van de strafrechtelijke titel vervolgzorg noodzakelijk wordt geacht.
Type indicator	Uitkomst.
Best practice	Nog te bepalen.

3.5.c Het percentage cliënten dat aangeeft dat de instelling aantoonbaar contacten heeft gelegd met zorgaanbieders die passende vervolgzorg bieden.

Teller	Bij gebruik CQ-index: De totale schaalscore van alle respondenten die vragen van de schaal 'vervolgzorg' hebben ingevuld. Bij gebruik eigen instrument: De totale score van alle 2 de vragen van alle respondenten opgeteld
Noemer	Het totaal aantal cliënten/wettelijk vertegenwoordigers dat de vragen beantwoord heeft.
Type indicator	Uitkomst.
Response rate	Het totaal aantal cliënten/wettelijk vertegenwoordigers dat de vraag beantwoord heeft als % van het totaal aantal geraadpleegde cliënten/wettelijk vertegenwoordigers.
Best practice	Nog te bepalen.

Indicator 3.6 Informatieverstrekking

Status	2009: Facultatief 2010: Facultatief 2011: Verplicht
Onderbouwing	Goede informatieverstrekking door hulpverleners is cruciaal in de ervaren kwaliteit van zorg.
Beschrijving	Het percentage cliënten dat aangeeft een adequate informatieverstrekking door hulpverleners te ervaren ten aanzien van de behandeling/begeleiding.
Meetinstrument	CQ-index FP (wordt ontwikkeld) bevat over informatieverstrekking in ieder geval de vragen uit de Thermometer Cliëntwaardering: <ol style="list-style-type: none"> 1. Hebt u voldoende informatie gekregen over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling? 2. Hebt u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling of begeleiding? 3. Hebt u voldoende informatie gekregen over het te verwachten resultaat van uw behandeling of begeleiding? <p>Cliënttevredenheidsvragenlijst (PTV):</p> <ol style="list-style-type: none"> 27. Ik heb voldoende informatie gekregen over de behandelingsmogelijkheden en behandelingsmiddelen in de kliniek. 28. Mij is goed uitgelegd hoe mijn behandeling wordt aangepakt. 29. Ik krijg voldoende informatie over het doel van de behandeling. <p>Zolang de CQ-index nog niet ontwikkeld is, kunt u gebruikmaken van een eigen meetinstrument. De vragen moeten allemaal inhoudelijk overeenkomen met de bovengenoemde vragen uit de Thermometer of PTV.</p>
Informatiebron	N.v.t.
Teller	Bij gebruik CQ-index: De totale schaalscore van alle respondenten die vragen van de schaal 'informatie' hebben ingevuld. Bij gebruik Thermometer Cliëntwaardering: Totaal aantal cliënten/wettelijk vertegenwoordigers dat positief antwoordt op alle 3 de vragen (1 tot en met 3). Bij gebruik PTV: Totaal aantal cliënten/wettelijk vertegenwoordigers dat positief antwoordt op alle 3 de vragen (27 tot en met 29).
Noemer	Het totaal aantal cliënten/wettelijk vertegenwoordigers dat de vragen beantwoord heeft.
Exclusie	N.v.t.
Type indicator	Uitkomst.
Response rate	Het totaal aantal cliënten/wettelijk vertegenwoordigers dat de vragen beantwoord heeft als % van het totaal aantal geraadpleegde cliënten/wettelijk vertegenwoordigers.
Best practice	Nog te bepalen.

Indicator 3.7 Bejegening

Status	2009: Facultatief 2010: Facultatief 2011: Verplicht
Onderbouwing	Adequate bejegening is een van de belangrijkste randvoorwaarden voor goede zorg- en dienstverlening.
Beschrijving	Het percentage cliënten dat aangeeft een adequate bejegening door hulpverleners te ervaren ten aanzien van de behandeling/begeleiding.
Informatiebron	N.v.t.
Meetinstrument	CQ-index FP (wordt mogelijk ontwikkeld) bevat over bejegening in ieder geval de onderwerpen uit de Thermometer Cliëntwaardering: 9. Toonde (toont) de hulpverlener voldoende respect voor u? 10. Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende geïnteresseerd in u en uw mening? Cliëntentevredenheidsvragenlijst (PTV): 15. Mijn groepsleiding behandelt mij met respect. 16. Mijn groepsleiding neemt mij serieus wanneer ik hen iets vraag of vertel. Zolang de CQ-index nog niet ontwikkeld is, kunt u gebruikmaken van de Thermometer Cliëntwaardering of een eigen meetinstrument. De vragen moeten allemaal inhoudelijk overeenkomen met de bovengenoemde vragen uit de Thermometer of PTV.
Teller	Bij gebruik CQ-index: De totale schaalscore van alle respondenten die vragen van de schaal 'bejegening' hebben ingevuld. Bij gebruik Thermometer Cliëntwaardering: Totaal aantal cliënten/wettelijk vertegenwoordigers dat positief antwoordt op beide vragen 9 en 10. Bij gebruik PTV: Totaal aantal cliënten/wettelijk vertegenwoordigers dat positief antwoordt op beide vragen 15 en 16.
Noemer	Het totaal aantal cliënten/wettelijk vertegenwoordigers dat de vragen beantwoord heeft.
Exclusie	N.v.t.
Type indicator	Uitkomst.
Response rate	Het totaal aantal cliënten dat de vragen beantwoord heeft als % van het totaal aantal geraadpleegde cliënten.
Best practice	Nog te bepalen.

Bijlage 1: Indeling in hoofdgroepdiagnoses volgens de DB(B)C's

Voor de rapportage is als vertrekpunt de DB(B)C-indeling genomen op basis waarvan instellingen die forensische zorg leveren sinds 1 januari 2008 registreren. Hierbij wordt uit gegaan van de volgende 8 hoofdgroepdiagnoses:

- Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
- Aan alcohol gebonden stoornissen en overige aan een middel gebonden stoornissen
- Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
- Seksuele stoornissen
- Stoornissen in de impulsbeheersing
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Zwakzinnigheid / Zwakbegaafdheid? (nazoeken of deze term daaronder valt)
- Restgroep diagnoses

In de restgroepdiagnoses vallen binnen de productstructuur 2009 de volgende diagnoses:

- Psychische stoornissen door een somatische aandoening
- Somatoforme stoornis
- Nagebootste stoornissen
- Dissociatieve stoornissen
- Eetstoornissen
- Slaapstoornissen
- ADHD
- Overige stoornissen in de kindertijd
- Delirium, dementie
- Depressieve stoornissen
- Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
- Angststoornissen
- Aanpassingsstoornissen
- Andere aandoeningen

- Bijkomende codes/geen diagnose (as 1) ('Geen diagnose of aandoening op As I' en 'Diagnose of aandoening op As I uitgesteld' vallen hier niet onder ondanks dat ze er wel hiërarchisch onder vallen)
- Bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn (as 2)

Bijkomende codes/geen diagnose (as 2) ('Geen diagnose of aandoening op As II' en 'Diagnose of aandoening op As II uitgesteld' vallen hier niet onder ondanks dat ze er wel hiërarchisch onder vallen)

