Kwaliteitskader
forensische zorg

Kwaliteitskader
Forensische Zorg

2022[1]-2028

[1]De ingangsdatum betreft 1 oktober 2022.

Kwaliteitskader Forensische Zorg 2022[1] - 2028

MET TROTS WERKEN AAN GESPECIALISEERDE ZORG IN EEN COMPLEXE OMGEVING

Ontwikkeld als onderdeel van het programma Forensische Zorg

[1]De ingangsdatum betreft 1 oktober 2022.

Voorwoord

De Forensische Zorg levert een belangrijke bijdrage aan de veiligheid van onze samenleving. De behandeling van de stoornis en de begeleiding bij de terugkeer naar, of passende deelname aan, de maatschappij zijn ingericht om optimaal grip te krijgen op de risicofactoren en het recidive risico terug te dringen.[2] Bij de Forensische Zorg gaat het veelal om de behandeling en begeleiding[3] van complexe problematiek, waarbij het gedrag dat voorkomen moet worden grote gevolgen kan hebben. Het is dan ook van het grootste belang zorgvuldig te werk te gaan. De kwaliteit die geleverd wordt, zit in de (zorg)professionals die het moeilijke werk moeten doen en de organisaties die dit faciliteren. Goed oog houden voor de betrokkenen, zowel patiënten/cliënten (en hun directe naasten), (zorg)professionals als organisaties is daarbij essentieel. Inclusief wat zij daar voor nodig hebben.

(Zorg)Professionals dienen op basis van hun kennis en kunde de afweging te maken wat de juiste zorg op de juiste plek is en wat daar voor nodig is. Daarbij heeft het veld de ambitie om de best mogelijke zorg te leveren, tegen de best mogelijke randvoorwaarden in termen van middelen, duur en intensiteit van de inzet. Men realiseert zich dat de middelen eindig zijn en dat bij het verdelen van deze middelen altijd ingewikkelde keuzes gemaakt moeten worden. Het maken van deze keuzes door de (zorg)professional over bijvoorbeeld op- en afschalen van zorg en beveiliging maken hier onderdeel van uit, maar ook de doorstroom naar een ander type (zorg)organisatie. Voldoende capaciteit binnen de Forensische Zorg, met specifieke aandacht voor beschermd wonen, is hiervoor noodzakelijk. Daarnaast is het essentieel een goede samenwerking te organiseren met het sociale domein met als doel om doorstroom in de keten te realiseren, onnodige behandeldruk te verlagen en aan ex-patiënten/cliënten een zo goed mogelijke basis te bieden voor een nieuwe start in de samenleving.[4]

Dit Kwaliteitskader richt zich op de zorg geleverd vanuit de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie en Veiligheid. Tijdens het opstellen van dit Kwaliteitskader zijn de samenwerkende partijen zich gedurende het hele proces er goed bewust van geweest dat Forensische Zorg zich niet bevindt in een afgesloten silo, maar verweven is met het gehele zorgstelsel. Hoe deze verwevenheid, de continue samenwerking en het leren van elkaar nader vormgegeven moet worden, is in 2021 nader verkend. Ook is bekeken welke elementen van het Kwaliteitskader eventueel ook bruikbaar zijn in de reguliere ggz behandelpraktijk. De uitkomsten van deze verkenning zijn verwerkt in het ambitieplan.

Dit Kwaliteitskader zet heldere lijnen uit waar we met de Forensische Zorg naartoe willen bewegen, wat we verstaan onder kwaliteit van de zorg, hoe kwaliteit een bijdrage kan leveren aan een veiligere samenleving, welke stappen daarin gezet moeten worden en welke ambities verder uitgewerkt moeten worden. Het onderliggende Kwaliteitskader geeft invulling aan die behoefte. Het is dan ook met trots dat wij het Kwaliteitskader Forensische Zorg presenteren.

Doel Kwaliteitskader

Om kwalitatief hoogwaardige Forensische Zorg te kunnen blijven aanbieden is de afgelopen jaren een veelvoud aan programma's ontwikkeld. Kennisontwikkeling, kennisdeling en het oplossen van knelpunten staan daarin centraal. Het merendeel van deze programma's richt zich op het continu verbeteren van de kwaliteit van zorg.

---

[2] Zie https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/11/02/tk-bijlage-visie-forensische-zorg-2020.
[3] Zie de begrippenlijst in bijlage 5 voor een definitie van behandeling en begeleiding.
[4] Stuurgroep Kwaliteitskader Forensische Zorg.

Binnen de Forensische Zorg wordt daarom onder andere gewerkt met zorgstandaarden, richtlijnen, beveiligingseisen, zorgprogramma's, kwaliteitscertificeringen en kwaliteitsnetwerken.

Wat nog ontbrak was een Kwaliteitskader speciaal gericht op de Forensische Zorg. Het Kwaliteitskader is aanvullend op wat er al is en dient als paraplu over zaken zoals standaarden, richtlijnen, zorgprogramma's, et cetera heen. Het doel is om alle betrokkenen helderheid en richting te geven en om het continu ontwikkelen van de kwaliteit van zorg te stimuleren. Kwaliteitskaders zijn openbaar toegankelijke documenten die goede zorg beschrijven, zodat patiënten/cliënten (en naasten), (zorg) professionals[5] en organisaties weten wat wordt bedoeld met goede Forensische Zorg. Vanuit de minister van Justitie en Veiligheid is de wens neergelegd om een Kwaliteitskader voor de Forensische Zorg te ontwikkelen. Daarnaast is binnen de sector Forensische Zorg behoefte aan een Kwaliteitskader dat door en voor het veld ontwikkeld is.

Proces totstandkoming Kwaliteitskader

Bij de ontwikkeling van het Kwaliteitskader Forensische Zorg zijn veel partijen betrokken die gebaat zijn bij goede Forensische Zorg (zie bijlage 3 voor een overzicht van alle betrokken partijen). Door meerdere perspectieven te betrekken is een breed gedragen beeld ontstaan over wat onder goede kwaliteit van zorg wordt verstaan. Waar mogelijk is de inhoud van het kader gebaseerd op wetenschappelijke literatuur. Gedurende het proces[6] is eveneens betrokkenheid ontstaan bij de deelnemende partijen om te handelen conform het kader en daarmee het kader te implementeren de aankomende vier jaar. Het Kwaliteitskader Forensische Zorg wordt aangeboden aan het Zorginstituut Nederland (ZiNL) namens de beroepsverenigingen, branchepartijen, patiënten/cliënten en Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) als zorgverzekeraar.

[5] Zie de begrippenlijst in bijlage 5 voor een definitie van de term professionals.
[6] Bijlage 3 beschrijft de aanpak voor de totstandkoming van het Kwaliteitskader.

Ondertekenaars van het Kwaliteitskader

Namens alle partijen uit de stuurgroep Kwaliteitskader Forensische Zorg:

de Nederlandse ggz

valente
Branchevereniging voor participatie, begeleiding en veilige opvang

vgn

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE

NIP
Nederlands Instituut van Psychologen

V&VN
Beroepsvereniging van zorgprofessionals

MIND

Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Inhoud

Voorwoord	3
Inhoudsopgave	6
1. Inleiding	7
2. Visie en opbouw Kwaliteitskader Forensische Zorg	11
3. Pijler 1: Veiligheid en persoonsgerichte zorg	16
4. Pijler 2: Forensisch vakmanschap	22
5. Pijler 3: Organisatie van zorg	26
6. Pijler 4: Samenwerken	29
7. Pijler 5: Informeren over resultaten	32
8. Invoering en onderhoud	35
Bijlage 1. De Forensische Zorg in Nederland	39
Bijlage 2. Samenhang met ontwikkelingen binnen de Forensische Zorg	49
Bijlage 3. Aanpak	52
Bijlage 4. Implementatie- en onderhoudsplan	55
Bijlage 5. Afkortingen en begrippen	60
Bijlage 6. Kwaliteitsaspecten die verplicht zijn vanuit bestaand beleid	64

Klik op de inhoudteksten om naar het hoofdstuk te gaan

Met de navigatietool ga je terug naar inhoud (Home) of voor- of achteruit

1. Inleiding

De Forensische Zorg levert passende en gespecialiseerde zorg aan personen die door strafbaar gedrag in aanraking met Justitie gekomen zijn. Het betreft zorg aan personen met een psychische/psychiatrische stoornis en/of verslavingsproblematiek en/of een verstandelijke beperking. De Forensische Zorg is onderdeel van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere Justitiële Titel. De strafmaat is daarmee opgelegd en kent geen vrijwillig karakter. De sector kent een diversiteit aan organisaties die Forensische Zorg aanbieden afgestemd op de verschillende zorgvragen en beveiligingsniveaus[7]. Het Kwaliteitskader Forensische Zorg heeft het doel om alle betrokkenen helderheid en richting te geven en om het continu ontwikkelen van de kwaliteit van zorg te stimuleren. In bijlage 1 is een beschrijving van de huidige organisatie van de Forensische Zorg in Nederland opgenomen.

1.1 Doel

Het uitgangspunt voor het Kwaliteitskader Forensische Zorg is een gedeelde visie over wat goede Forensische Zorg is en hoe die zorg zich kwalitatief kan blijven ontwikkelen (zie hoofdstuk 2). Het Kwaliteitskader beschrijft wat goede Forensische Zorg is en nodigt uit tot een sector brede dialoog over kwaliteit. Het draagt bij aan een klimaat waarbinnen in alle transparantie kan worden gewerkt aan gezamenlijke leer- en ontwikkelprocessen. De politieke lading en media-aandacht bij ernstige incidenten maakt de sector kwetsbaar voor negatieve beeldvorming. Incidenten kunnen tevens leiden tot plotselinge politieke consequenties en de roep om meer verantwoording. Het is de kunst voor alle betrokken partijen, inclusief het ministerie van Justitie en Veiligheid en de politiek, om rondom incidenten niet verkrampt te reageren, ondanks de maatschappelijke druk die soms wordt ervaren. Het is een uitdaging om in dergelijke situaties zich zowel lerend op te stellen, alsmede de ernst van de incidenten te erkennen en tegelijk ook realistische verwachtingen uit te dragen van wat de Forensische Zorg wel en niet kan bieden.

Het Kwaliteitskader Forensische Zorg heeft dan ook meerdere doelen:

- Het geeft patiënten/cliënten (en hun naasten) duidelijkheid over wat iemand mag verwachten van de geboden Forensische Zorg en welke rol de patiënt/cliënt (en hun naasten) daar zelf in hebben.
- Het geeft professionals handvatten om goede Forensische Zorg te leveren: het helpt hen bij het bespreken van de kwaliteit van dienstverlening met als doel om continu te leren en te ontwikkelen.
- Het helpt organisaties om kwalitatief goede Forensische Zorg te bieden: het geeft een basis om verantwoordelijkheid te nemen in het verder ontwikkelen van kwaliteit en hoe daarover belanghebbenden en maatschappij te informeren.
- Het is richtinggevend voor de sector: dit is het eerste Kwaliteitskader Forensische Zorg en het geeft de sector kaders en een richting om zich verder te ontwikkelen en om consensus te bereiken over wat onder goede Forensische Zorg wordt verstaan.
- Het geeft ook duidelijkheid aan de Dienst Justitiële Inrichtingen[8] (DJI), overige belanghebbenden en de maatschappij over wat verwacht mag worden van de Forensische Zorg.
- Het geeft helderheid aan de maatschappij welke informatie zij mogen verwachten van organisaties werkzaam in de Forensische Zorg en de ontwikkelingen die daar spelen.

[7] Zie de begrippenlijst in bijlage 5 voor overzicht van beveiligingsniveaus en bijbehorende definities.
[8] Zie bijlage 1 voor een beschrijving van de rol van DJI.

1.2 Scope

Dit Kwaliteitskader richt zich op de Forensische Zorg voor volwassenen die door De Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen (Forzo/JJI, onderdeel van DJI) wordt ingekocht, onder verantwoordelijkheid van de minister van Justitie en Veiligheid. Daaronder valt de geestelijke gezondheidszorg en/of verslavingszorg en/of verstandelijke gehandicaptenzorg, die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan. Binnen de scope valt hiermee het geheel van behandeling en begeleiding die binnen de Forensische Zorg wordt aangeboden.

De beschreven scope heeft bij de ontwikkeling van het Kwaliteitskader de benaming van smalle scope meegekregen. Binnen deze zogenoemde smalle definitie valt alle Forensische Zorg aan volwassenen die wordt opgelegd vanuit de straf of maatregel en wordt bekostigd vanuit DJI. Dit is de definitie die wordt gehanteerd voor dit Kwaliteitskader.

Vanuit de ambitie om het Kwaliteitskader Forensische Zorg naar een bredere doelgroep uit te breiden is aanvullend een brede scope benoemd met daarin de volgende uitbreiding van de definitie. Deze uitbreiding betreft alle Forensische Zorg aan volwassenen die in aanraking (dreigen te) komen met justitie en die wordt bekostigd vanuit een andere financiering, alsmede de Forensische Zorg geboden aan jeugdigen die vallen onder het jeugdstrafrecht. De ambitie is uitgesproken om op termijn het Kwaliteitskader te laten gelden voor iedereen die Forensische Zorg ontvangt binnen de brede definitie, immers, juist deze scope zorgt voor goede doorstroom binnen het systeem, essentieel voor een goede werking ervan. Dit wordt verder toegelicht in bijlage 4.

Binnen de scope (smalle definitie Forensische Zorg) valt:

- Alle Forensische Zorg die – al dan niet als voorwaarde – onderdeel uitmaakt van een straf of maatregel, die wordt geleverd binnen de drie settings: Klinisch (besloten afdeling in reguliere GGZ-instelling of reguliere verslavingszorgafdeling, FPA, FVA, SGLVG, FPK, FVK, FPC), Verblijf (ofwel: forensisch beschermd wonen in- of exclusief dagbesteding[9]) en Ambulant (behandeling en/of begeleiding en dagbesteding[10]) (bijlage 1).
- Alle Forensische Zorg die - al dan niet als voorwaarde - onderdeel uitmaakt van een straf of maatregel, die wordt geleverd door een forensische zorginstelling in een Penitentiaire Inrichting (PI) en die wordt bekostigd door Forzo/JJI (de zorg die wordt geleverd door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) valt hier niet onder).
- Alle zorg en behandeling die geleverd wordt in de PPC's, met uitzondering van somatische zorg en behandeling.

Deze settings kennen een grote diversiteit in beveiliging en zorgaanbod van zowel behandeling en begeleiding. Het Kwaliteitskader geeft ruimte aan die diversiteit, zodat organisaties hun eigen accenten kunnen aanbrengen, afgestemd op de patiënt/cliëntpopulatie, en rekening houdend met de fase van ontwikkeling waarin de organisatie zich bevindt.

Buiten de scope en opgenomen in het ambitieplan (brede definitie Forensische Zorg):

- Forensische Zorg in een niet-strafrechtelijk kader (Zvw/Wlz/Wmo) vallend onder verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Zorg binnen PI's (niet zijnde PPC) door de daar werkzame behandelaren (financiering Ministerie Justitie en Veiligheid).

[9] Overal waar in dit Kwaliteitskader over verblijfzorg wordt gesproken kan ook forensisch beschermd wonen gelezen worden.
[10] Overal waar in dit Kwaliteitskader over ambulante zorg wordt gesproken, worden alle vormen van ambulante forensische zorg bedoeld. Het betreft zowel ambulante behandeling, ambulante begeleiding als dagbesteding, evenals combinaties hiervan. Op sommige plekken wordt specifiek gesproken over één specifieke vorm van ambulante zorg, bijv. alleen over ambulante begeleiding, dan geldt dit kwaliteitsaspect ook alleen voor de specifiek benoemde soort ambulante zorg.

- De Forensische Zorg voor personen die volgens het jeugdstrafrecht zijn veroordeeld.
- De Forensische Zorg geleverd aan personen zonder verblijfstatus.

Buiten de scope:
- Toezicht geleverd door de reclassering, zij voldoen aan de eigen kwaliteitseisen van de reclassering.
- Medisch-somatische zorg die binnen de forensische keten onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Justitie en Veiligheid wordt geleverd. Voor de medische zorg worden de relevante kwaliteitsstandaarden gevolgd die bij het Zorginstituut Nederland (ZiNL) zijn ondergebracht.
- Het plaatsingsproces en indicatiestelling (richting de Forensische Zorg) en diagnostiek ten behoeve van de rechtsgang (NIFP/Pro Justitia rapporteur).

1.3 Implementatie

Het Kwaliteitskader Forensische Zorg is van kracht na opname in het Register van ZiNL (in het derde kwartaal van 2022) en loopt door tot en met 2028. Aan het ZiNL is het verzoek gedaan om het Kwaliteitskader op te nemen in het Register van het instituut[11]. De forensische sector heeft de intentie uitgesproken om in de komende jaren uitvoering te geven aan het Kwaliteitskader.

Voor de implementatie wordt een periode van zes jaar uitgetrokken[12]. Voor een deel van de kwaliteits-aspecten geldt dat het reeds bestaand beleid[13] is, uiteraard dienen organisaties en professionals daar reeds aan te voldoen. Een deel van de kwaliteitsaspecten betreft nieuwe afspraken, hiervoor krijgen organisaties tot eind 2028 de tijd om te gaan voldoen aan deze kwaliteitsaspecten. Iedere organisatie stelt een organisatie specifiek meerjarenplan op waarin zij beschrijven hoe ze hiernaar toe werken. Uitzondering hierop zijn de kwaliteitsaspecten zoals genoemd in pijler 5, de termijnen die daarvoor gelden staan benoemd in het kwaliteitsaspect.

De implementatie en het onderhoud is verder uitgewerkt in hoofdstuk 8 (invoering en onderhoud) en in bijlage 4.

1.4 Randvoorwaarden voor implementatie

Om organisaties te ondersteunen bij het volledig voldoen aan de kwaliteitsaspecten zoals genoemd in hoofdstuk 3 t/m 7, zijn de volgende randvoorwaarden van groot belang:
- De onderdelen zoals beschreven in het ‘programma voor de sector’ in het Kwaliteitskader dienen door de sector te worden gerealiseerd.
- Binnen de sector dienen capaciteit en doorstroommogelijkheden aan te sluiten op de vraag. De Forensische Zorg is daarbij deels afhankelijk van netwerkpartners buiten de sector.
- Iedere professional die werkzaam is in de Forensische Zorg moet toegang hebben tot het Programma Forensisch Vakmanschap.
- De personele bezetting binnen de Forensische Zorg dient kwalitatief en kwantitatief op orde te zijn.
- Het financieel kader dient ruimte te bieden om uitvoering te geven aan de beschreven kwaliteit. Inmiddels is een structurele verhoging van het macrobudget toegezegd door de Minister voor Rechtsbescherming.
- De organisaties dienen binnen de afgesproken implementatieperiode in staat gesteld te worden om een werkwijze te ontwikkelen waardoor zij aan het Kwaliteitskader kunnen voldoen.

---

[11] En indien van toepassing: ná politieke besluitvorming over de financiële gevolgen van het kader.
[12] De implementatieperiode van 6 jaar is gebaseerd op andere kwaliteitskaders en ervaringen vanuit het veld in combinatie met de ingroei van structureel extra macrobudget verspreid over een periode van zes jaar.
[13] Zie bijlage 6 voor een overzicht van welke kwaliteitsaspecten in ieder geval bestaand beleid betreffen.

De sector heeft de opdracht om zich samen met de betrokken partners, zoals Forzo/JJI, gemeenten, netwerkpartners en branchepartijen (niet uitputtend), in te zetten om met elkaar zoveel mogelijk aan het realiseren van de randvoorwaarden te werken.

1.5 Ambitie met het Kwaliteitskader

In het Kwaliteitskader heeft het veld gezamenlijk kwaliteitsaspecten geformuleerd (zie hoofdstuk 3 t/m 7) die goede kwaliteit van de Forensische Zorg beschrijven. Een deel betreft reeds bestaand beleid waaraan organisaties al moeten voldoen (zie bijlage 6), en een deel is nieuw. Voor wat betreft de nieuwe kwaliteitsaspecten stellen organisaties een organisatie specifiek meerjarenplan op. Het meerjarenplan heeft een deadline tot het met jaar 2028, wat aansluit op de looptijd van het Kwaliteitskader. Dit meerjarenplan is organisatie-specifiek. Belangrijk is dat alle organisaties blijven leren en ontwikkelen en dat het tempo en het instapniveau per organisatie kan verschillen. Naast de ambities voor de organisaties zelf is een overstijgende ambitie opgenomen voor de hele sector. Deze is beschreven in hoofdstuk 8 en hiervoor wordt een landelijk meerjarenplan opgesteld. Daarbij geldt dat alle genoemde kwaliteitsaspecten en ambities pas gerealiseerd kunnen worden, wanneer landelijk en regionaal aan een aantal randvoorwaarden is voldaan.

1.6 Inkoop en toezicht

Wanneer het Kwaliteitskader is opgenomen in het Register van ZiNL, dan is het een geldende wettelijke richtlijn. Dat houdt in dat vanaf dat moment Forzo/JJI (onderdeel van DJI) het inkoopkader moet aanpassen op basis van het Kwaliteitskader. Daarnaast vraagt de sector[14] aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en aan de Inspectie Justitie en Veiligheid (IJenV) om hun toetsing in de Forensische Zorg af te stemmen op dit Kwaliteitskader.

1.7 Onderhoud en ontwikkeling

Met dit Kwaliteitskader is een stap gezet om de Forensische Zorg verder te ontwikkelen. Aanvullend zijn bij de ontwikkeling van dit kader door de deelnemende partijen ideeën en wensen neergelegd om de kwaliteit van zorg in de toekomst nog verder te verbeteren. Het Kwaliteitskader voorziet daarin door een cyclus van reflectie en ontwikkeling te beschrijven. Hiervoor verwijzen wij naar hoofdstuk 8 Invoering en Onderhoud en bijlage 4 Implementatie- en onderhoudsplan.

1.8 Leeswijzer

Het Kwaliteitskader bestaat uit acht hoofdstukken. Hoofdstuk 1 beschrijft het doel en de toepassing van het Kwaliteitskader. Hoofdstuk 2 beschrijft de visie en de pijlers waarop het Kwaliteitskader is gebaseerd. De pijlers worden verder uitgewerkt in de hoofdstukken 3 tot en met 7. Tot slot beschrijft hoofdstuk 8 de invoering en onderhoud van het Kwaliteitskader. Vervolgens geven de bijlagen toelichting op een aantal onderwerpen, waaronder de samenhang met lopende ontwikkeling binnen de Forensische Zorg (bijlage 2).

[14] Met de sector worden de patiënten/cliënten, professionals en organisaties binnen de Forensische Zorg bedoeld, vertegenwoordigd door de patiënten/cliëntenvertegenwoordiging, beroepsverenigingen en branchepartijen. De sector wordt vertegenwoordigd door de eigenaar van het Kwaliteitskader zoals beschreven in hoofdstuk 8.

2. Visie en opbouw Kwaliteitskader Forensische Zorg

De landelijke visie Forensische Zorg[15] bestaat uit een drietal kernelementen: bescherming, perspectief en evenwicht. Op basis hiervan is de visie op kwaliteit voor de Forensische Zorg door het veld als volgt beschreven. Deze visie is gebruikt voor de totstandkoming van het Kwaliteitskader.

2.1 Visie op kwaliteit

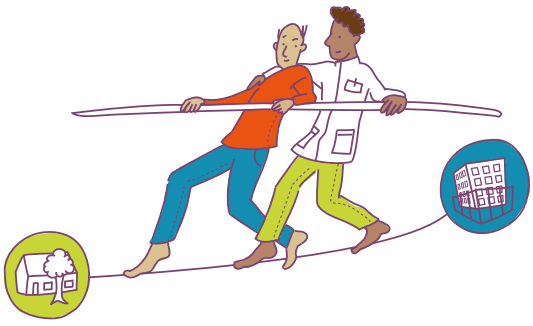
> Door het bieden van behandeling en begeleiding gericht op recidive vermindering in combinatie met persoonsgerichte zorg, dragen professionals en organisaties in de Forensische Zorg bij aan een veilige terugkeer naar of passende deelname aan de maatschappij van patiënten/cliënten. De Forensische Zorg biedt ruimte aan patiënten/cliënten met complexe problematiek om een terugval in delicten te voorkomen en te werken aan hun re-integratie en herstel[16]. Dit vindt waar nodig onder toezicht en waar mogelijk met hun naasten plaats. De sector faciliteert professionals en organisaties om zich binnen een veilige en lerende omgeving verder te ontwikkelen en te werken aan kwalitatief goede Forensische Zorg. Samenwerken, zowel binnen de sector als daarbuiten met netwerkpartners, is essentieel voor de continuïteit en het succes van de zorg.

2.2 De vijf pijlers van het Kwaliteitskader Forensische Zorg

Om te zorgen voor een vertaling van de in de visie beschreven richting, zijn vijf pijlers benoemd waarmee handvatten worden aangereikt om in de praktijk mee te werken. Het samenbrengen van de aandachtspunten in de pijlers heeft als doel om focus aan te brengen op dat wat als belangrijk is bestempeld binnen de Forensische Zorg. Binnen alle pijlers is het Kwaliteitskader gericht op leren, reflecteren en van daaruit het continu werken aan hoogwaardig gespecialiseerde zorg.

De vijf pijlers zijn:

- **Pijler 1: Veiligheid en persoonsgerichte zorg**
  In de Forensische Zorg staat de balans tussen veiligheid en persoonsgerichte zorg centraal. De behandeling/begeleiding is primair gericht op het reduceren van het recidiverisico en daarmee de veiligheid voor de maatschappij. Dit wordt gedaan door persoonsgerichte herstelzorg te leveren aan patiënten/cliënten binnen de Forensische Zorg. Deze pijler beschrijft kwaliteitsaspecten over hoe invulling kan worden gegeven aan deze balans, hoe de persoonsgerichte zorg vorm krijgt binnen de strafrechtelijke kaders en wat patiënten/cliënten van de Forensische Zorg nodig hebben en kunnen verwachten.

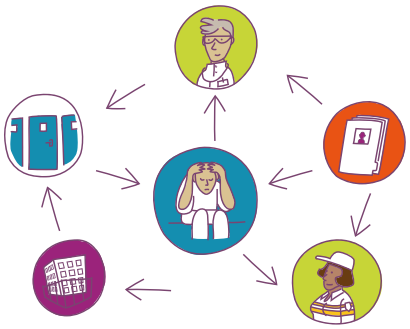


[15] Zie https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/11/02/tk-bijlage-visie-forensische-zorg-2020.
[16] Zie bijlage 5 voor de definitie van herstel.

- **Pijler 2: Forensisch vakmanschap**
  Deze pijler zorgt ervoor dat professionals[17], die werken binnen de Forensische Zorg, weten wat er van ze verwacht wordt in termen van methodisch werken, competenties en leerdoelen. Daarnaast maakt het inzichtelijk hoe de organisaties in de Forensische Zorg het forensisch vakmanschap dienen te stimuleren en op het gewenste niveau krijgen en houden.

- **Pijler 3: Organisatie van zorg**
  Deze pijler gaat over wat organisaties zelf of gezamenlijk dienen te organiseren om kwalitatief goede en veilige Forensische Zorg mogelijk te maken. Zowel voor de patiënt/cliënt als voor de professionals en de maatschappij. Het gaat hierbij onder andere om het hebben van een werkend kwaliteitsmanagementsysteem en het op orde hebben van de volledige bedrijfsvoering.

- **Pijler 4: Samenwerken**
  De pijler samenwerken heeft betrekking op de samenwerking tussen en met (zorg)organisaties (in de keten) in het kader van de Forensische Zorg.



- **Pijler 5: Informeren over resultaten**
  Door middel van transparante informatieverstrekking worden patiënten/cliënten, naasten, professionals, DJI in de rol van zorgverzekeraar, toezichthouders en de maatschappij geïnformeerd over de activiteiten en de resultaten binnen de Forensische Zorg. Een proactieve inzet vanuit de sector geeft voeding aan een (meer) realistisch beeld van de gespecialiseerde zorg die binnen de sector wordt geleverd. Deze pijler beschrijft hoe en op welke manier organisaties informatie verstrekken.

[17] Zie bijlage 5 voor de definitie van professionals.

Zoals in figuur 1 schematisch is weergegeven, staan de pijlers met elkaar in relatie. In het hart staan de pijlers 'veiligheid en persoonsgerichte zorg' en 'forensisch vakmanschap' naast elkaar met een gedeeltelijke overlap. Dit visualiseert dat we in het Kwaliteitskader Forensische Zorg de veiligheid van de maatschappij en de relatie tussen patiënt/cliënt en professional centraal stellen. Van binnen werken we naar buiten. Dus vanuit de twee benoemde pijlers wordt gekeken naar wat er nodig is aan 'organisatie van zorg'. De vierde pijler beschrijft hoe de sector samenwerkt en tenslotte wordt in de vijfde pijler het delen van informatie over behaalde resultaten in alle pijlers beschreven.

Figuur 1. Schematische weergave van de pijlers

2.3 Gehanteerde uitgangspunten

Tijdens het opstellen van dit Kwaliteitskader is met de volgende uitgangspunten rekening gehouden:

Wet- en regelgeving gaat boven dit Kwaliteitskader

Organisaties die Forensische Zorg aanbieden hebben te maken met veel verschillende soorten wet- en regelgeving. Er is voor gekozen om in dit Kwaliteitskader niet alle wet- en regelgeving op te sommen en/of daarnaar te verwijzen. De reden hiervan is om de leesbaarheid van dit kader te behouden. Belangrijk is dat wet- en regelgeving altijd voorliggend is aan het Kwaliteitskader. Enkele relevante wetten en regelgeving die binnen de Forensische Zorg van toepassing (kunnen) zijn, worden hieronder (niet limitatief) opgesomd[18]:

- Wetboek van Strafrecht
- Wet forensische zorg
- Wet voorwaardelijke sancties
- Algemene Verordening Gegevensbescherming
- Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden
- Wet verplichte ggz
- Wet Zorg en Dwang
- Weg op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
- Wet herziening tenuitvoerlegging strafrechtelijke beslissingen

Het Kwaliteitskader is een generiek kader en is toepasbaar voor de gehele sector

Het uitgangspunt bij de ontwikkeling van het Kwaliteitskader is geweest om in te zetten op een generiek kader dat binnen de gehele sector toepasbaar is. Aanvullend wordt binnen het kader verwezen naar allerlei zaken die reeds binnen de sector zijn ontwikkeld en/of worden toegepast. Het generieke element van het Kwaliteitskader is dat deze als het ware als een paraplu fungeert om zaken bij elkaar te brengen. De ontwikkelde kwaliteitsaspecten zijn in principe altijd van toepassing voor alle settings (Klinisch, Verblijf, en Ambulant), voor de verschillende doelgroepen, en voor zowel behandeling en ook voor begeleiding. Binnen enkele onderdelen is aangegeven dat deze niet voor de gehele sector van toepassing zijn. Bij die kwaliteitsaspecten is dat specifiek benoemd. Voor de rest is het Kwaliteitskader FZ van toepassing voor iedere professional en organisatie binnen de Forensische Zorg. In het programma voor de sector, en mogelijk ook binnen de implementatie, kunnen elementen worden ontwikkeld specifiek voor een beperkt onderdeel binnen de sector. Dat wordt daar dan vermeld.

[18] Overgenomen uit het document Systeemtechnische analyse stelsel forensische zorg d.d. 20 april 2020.

Het Kwaliteitskader is in lijn met het 'nieuwe' kwaliteitsdenken

Het denken over kwaliteit is in ontwikkeling. Waar in afgelopen decennia de focus vooral lag op standaardiseren, objectiveren, normeren en het werken met indicatoren vindt momenteel een verschuiving plaats naar persoonsgerichte zorg in combinatie met reflectie. Binnen persoonsgerichte zorg zijn wensen en behoeften van de patiënt/cliënt leidend, en het pad dat de patiënt/cliënt volgt is daarop afgestemd. Wanneer we dit vertalen naar de Forensische Zorg, geldt dat het specifiek gaat om de balans tussen veiligheid en persoonsgerichte zorg centraal, waarbij de behandeling/begeleiding is primair gericht op het reduceren van het recidiverisico.

In de ontwikkeling van het kwaliteitsdenken wordt steeds uitgegaan van de aanname dat kwaliteit ontstaat in de relatie tussen patiënt/cliënt en professional (in het primair proces). Daarbinnen vinden we het belangrijk dat professionals reflecteren, leren, verbeteren en innoveren, wat wordt ondersteund vanuit de organisatie.

Het Kwaliteitskader beschrijft WAT binnen de Forensische Zorg wordt beoogd, de organisaties gaan over HOE dat te bereiken

Iedere organisatie is uniek. Daarom is het belangrijk dat het Kwaliteitskader ruimte biedt voor het geven van een eigen invulling aan de behandeling/begeleiding. Het mag geen voorschrift of keurslijf zijn waarmee alle organisaties die Forensische Zorg aanbieden op dezelfde manier zouden moeten werken. Het Kwaliteitskader dient richtinggevende handvatten te geven aan professionals en organisaties om met elkaar bewuste keuzes te maken om kwalitatief goede behandeling/begeleiding te bieden. Bij het opstellen van het Kwaliteitskader is daarom onderscheid gemaakt tussen het 'wat' en het 'hoe'. Het Kwaliteitskader beschrijft 'wat' er geregeld moet zijn op het gebied van kwaliteit. De organisatie bepaalt 'hoe' behandeling/begeleiding wordt geboden en 'hoe' de behandeling/begeleiding binnen de randvoorwaarden daarvoor wordt ingevuld. Deze verdeling van verantwoordelijkheden schept duidelijkheid en voorkomt dat regels ontstaan die leiden tot onnodige administratieve lasten en kwaliteit op papier in plaats van in de praktijk.

Het Kwaliteitskader dient het gesprek binnen de sector over kwaliteit te bevorderen met vermijding van administratieve lasten

Het Kwaliteitskader beoogt bij te dragen aan het leveren van kwalitatief goede Forensische Zorg. Groei en van elkaar leren wordt bevorderd binnen een open cultuur waar ruimte wordt geboden om te reflecteren op dat wat er in de praktijk gebeurt. Belangrijk is om continu het gesprek over kwaliteit met elkaar te voeren.

Zowel binnen het primair proces, als ook tussen de organisatie(s), de toezichthouder(s) en/of financier(s). Het streven is naar een goede balans tussen meten, reflecteren, leren, en verbeteren, waarbinnen door middel van passend verantwoorden het vermijden van administratieve lasten wordt bevorderd.

Bij het ontwikkelen van het Kwaliteitskader is aangesloten op datgene wat er al was

De afgelopen decennia zijn vanuit onderzoek en ervaring een diversiteit aan instrumenten en methodieken ontwikkeld binnen de sector. Aansluiten op datgene wat er al is en streven naar samenhang en borging dient professionals en organisaties een heldere richting te geven. Daarbij is eveneens aansluiting gezocht met landelijke ontwikkelingen, zoals trajectindicaties, visie, zorgprestatie model enzovoort, waarbij wordt gestreefd naar aansluiting op evidence based zorg waar mogelijk. Tenslotte is gekeken naar andere kwaliteitskaders binnen de zorg waar professionals en organisaties mogelijk mee in aanraking komen (zoals het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg) om op zowel inhoud als op vast te leggen gegevens zoveel mogelijk op elkaar aan te sluiten. Daarbij is altijd het streven geweest "***zoveel mogelijk aansluiten op datgene wat er al is***".

2.4 Hoe de pijlers in de volgende hoofdstukken zijn opgebouwd

Hoofdstukken 3 tot en met 7 gaan dieper in op de inhoud en geven handvatten over hoe de praktijk vorm kan geven aan de pijlers. Ieder hoofdstuk start met een introductie en uitgebreide toelichting van de pijler. Daarna zijn de kwaliteitsaspecten beschreven.

- Paragraaf 1 beschrijft steeds de kwaliteitsaspecten die gelden voor alle organisaties die Forensische Zorg aanbieden.
- Paragraaf 2 beschrijft steeds kwaliteitsaspecten voor bepaalde settings.
- Paragraaf 3 beschrijft het programma voor de sector.

In het programma voor de sector (paragrafen 3 van iedere pijler) staan nog (verder) te ontwikkelen zaken om de kwaliteitsaspecten uit de paragrafen daarvoor mogelijk te maken. Het betreft randvoorwaarden die de sector te regelen heeft voordat organisaties kunnen voldoen aan de kwaliteitsaspecten.

De uitvoering van de programmaonderdelen is de verantwoordelijkheid van de eigenaar[19] van het Kwaliteitskader. De eigenaar heeft in 2021 en 2022 geregeld dat een plan van aanpak (Door-ontwikkelagenda Kwaliteitskader Forensische Zorg per pijler) is opgesteld voor de wijze waarop met de genoemde programmaonderdelen aan de slag wordt gegaan (zie ook implementatie- en onderhoudsplan in bijlage 4).

Kwaliteitsaspecten die in meerdere pijlers zouden kunnen passen

Sommige kwaliteitsaspecten hebben raakvlakken met meerdere pijlers. Voor de leesbaarheid is gekozen om ieder 'onderwerp' te laten terugkomen onder één pijler. Hierbij is gekozen voor de pijler waarmee het thema de meeste raakvlakken heeft. Ter illustratie: het thema 'betrekken van het informele netwerk' zou kunnen passen bij persoonsgerichte zorg, vakmanschap en samenwerking. In onderstaande tekst is gekozen om dit thema te beschrijven onder persoonsgerichte zorg.
Voor een aantal belangrijke onderwerpen hierbij het overzicht:

- Risicomanagement valt onder veiligheid en persoonsgerichte zorg.
- Methodisch werken valt onder forensisch vakmanschap.
- Scholing valt onder forensisch vakmanschap.

Het Kwaliteitskader geeft ruimte voor eigen invulling

Iedere organisatie heeft eigen unieke kenmerken en binnen de meeste organisaties is de Forensische Zorg een onderdeel van een grotere organisatie. Een organisatie heeft dan te maken met eisen vanuit verschillende branches (onder andere verschillende inkoopeisen, kwaliteitskaders, wet- en regelgeving). Het is daarom belangrijk dat het Kwaliteitskader ruimte biedt voor het geven van een eigen invulling aan de bedrijfsvoering en dat het geen voorschrift of keurslijf is waarmee alle organisaties die Forensische Zorg aanbieden op dezelfde manier zouden moeten werken. Het Kwaliteitskader geeft de richting aan waar een organisatie, voor wat betreft het organiseren van de Forensische Zorg, naar streeft. Tijdens inkoopgesprekken en gesprekken met toezichthouders vormt het Kwaliteitskader dan ook de basis om het goede gesprek aan te gaan, over hoe de organisatie uitvoering geeft aan het Kwaliteitskader.

Hoe gaan organisaties met meerdere typen dienstverlening om met dit kader?

Dit Kwaliteitskader richt zich specifiek op de Forensische Zorg. Voor organisaties waarbij de Forensische Zorg een (klein) deel van het dienstenpalet betreft, geldt dat zij alle genoemde kwaliteitsaspecten in dit Kader toepassen op de dienstverlening Forensische Zorg. Ter illustratie, de organisatie heeft dus een scholingsbeleid, met daarin een deel gericht op de medewerkers die werken met en voor de forensische patiënten/cliënten.

[19] Het eigenaarschap van het Kwaliteitskader staat beschreven in hoofdstuk 8.

3. Pijler 1: Veiligheid en persoonsgerichte zorg

Introductie

In de Forensische Zorg staat de balans tussen veiligheid en persoonsgerichte zorg centraal. De behandeling/begeleiding is primair gericht op het reduceren van het recidiverisico. Dit wordt gedaan door persoonsgerichte herstelzorg te leveren. Dit betekent dat de behandeling/begeleiding gebaseerd is op basis van het type delict gedrag, risicotaxatie, de eisen van de rechter/reclassering en stoornis-specifieke aandachtspunten. Daarnaast is de behandeling/begeleiding afgestemd op iemands persoonlijke behoeften, mogelijkheden, wensen en voorkeuren. Hierbij wordt rekening gehouden met eventuele (verstandelijke) beperkingen van iemand. De zorgverlener is zich bewust van zijn eigen (voor)oordelen en benadert de persoon binnen de context van de hulpverlener-cliëntrelatie altijd als mens. Vragen die daarbij centraal staan zijn: Wat heeft de patiënt/cliënt nodig om te werken aan zijn of haar eigen herstel en het voorkomen van delict gedrag? Daarbij is betrokkenheid en ondersteuning van het eigen (pro)sociaal netwerk van de patiënt/cliënt in veel gevallen van belang, zeker als het gaat om de ambulante setting. Bij het werken aan herstel is het verminderen van risico en recidive het meest essentiële onderdeel binnen de Forensische Zorg.

Het Kwaliteitskader erkent het spanningsveld dat heerst tussen enerzijds de wens van de maatschappij en wat de wet ten doel stelt (namelijk het verminderen van het risico op recidive tot een aanvaardbaar niveau) en anderzijds de wensen en verwachtingen van de patiënt/cliënt (namelijk wat hij/zij nodig heeft). Het spanningsveld ontstaat ook door het streven naar maatwerk versus strafmaat en maatregel. Het ‘strafrechtelijk kader’ en het ‘maatwerk’ kennen verschillende uitgangspunten die tegelijk van toepassing zijn. Vanuit professionele invalshoek is de relatie tussen alle elementen belangrijk, waarbij de strafmaat is opgelegd en daarmee geen vrijwillig karakter kent. Het motiveren van patiënten/cliënten binnen de Forensische Zorg heeft daarmee een unieke lading, omdat de behandeling en/of begeleiding vaak niet primair start vanuit eigen initiatief, maar vanuit een strafrechtelijke titel. Patiënten/cliënten zijn soms vanaf de start gemotiveerd om aan herstel en veiligheid te werken, maar dat is geen vanzelfsprekendheid. Daarom is het vaak een zoektocht hoe vanuit de verschillende invalshoeken de behandeling/begeleiding in te zetten. Een gastvrij ontvangst van de patiënt/cliënt door de professional en organisatie draagt daaraan bij. Binnen iedere setting is de veiligheid bovenliggend, zowel voor de professional, alsmede voor de patiënt/cliënt, andere patiënten/cliënten en de samenleving.

De Forensische Zorg is dus gericht op de combinatie van behandeling, begeleiding en veiligheidsmanagement[20]. De wijze waarop dit vorm krijgt, wordt beschreven in een behandelplan/begeleidingsplan en is transparant voor de patiënt/cliënt en, met toestemming van de patiënt/cliënt, diens naasten.

[20] Zie bijlage 5 voor de definitie van veiligheidsmanagement.

3.1 Kwaliteitsaspecten

1) Bij de behandeling/begeleiding van de patiënt/cliënt staat de balans tussen veiligheid en persoonsgerichte zorg centraal.

a. De behandeling/begeleiding is primair gericht op reductie van recidiverisico.
   i) Binnen de klinische en ambulante behandel setting wordt gewerkt met een model gericht op recidivereductie, zoals bijvoorbeeld het Risk-Need-Responsivity (RNR) principe[21]. Daarnaast wordt hierbij gebruik gemaakt van principes van kracht- en herstelgerichte zorg.
   ii) Voor alle ambulante begeleiding en alle verblijfszorg (begeleid wonen) wordt in ieder geval gebruik gemaakt van principes van kracht- en herstelgerichte zorg, waarbij begeleiders de risicofactoren betrekken in hun begeleiding.

b. Wanneer veiligheid en persoonsgerichte zorg in tegenspraak zijn met elkaar, weegt veiligheid zwaarder in de afweging.

c. De patiënt/cliënt heeft (naar vermogen en rekening houdend met eventuele (verstandelijke) beperkingen) een actieve inbreng en eigen verantwoordelijkheid bij het opstellen en uitvoeren van het behandelplan/begeleidingsplan en het behalen van afgesproken doelen. De organisatie stimuleert dit, onder andere door patiënt/cliënt goed te informeren.

d. Professionals werken aan een veilige en betrouwbare professionele relatie met de patiënt/cliënt. Dit draagt bij aan de motivatie van patiënt/cliënt en de professional creëert binnen het contact voldoende veiligheid waarin de patiënt/cliënt kritisch naar zichzelf kan kijken en nieuw gedrag kan aanleren. Dit is essentieel om tot een geslaagde behandeling/begeleiding te kunnen komen.

e. De autonomie van de patiënt/cliënt wordt zo lang mogelijk en zo goed mogelijk gewaarborgd. Onvrijwillige zorg wordt zo min mogelijk ingezet. Wanneer wel nodig, dan wordt inzet van onvrijwillige zorg multidisciplinair afgewogen op doelmatigheid, proportionaliteit, subsidiariteit en veiligheid.

2) Veiligheidsmanagement[22] (waaronder risicomanagement) is een integraal onderdeel van de Forensische Zorg.[23]

a. Voor iedere patiënt/cliënt wordt een risicotaxatie uitgevoerd middels een erkend[24] instrument. Op basis van de uitkomsten wordt, waar geïndiceerd of waar nodig, een (vroeg) signaleringsplan opgesteld. Risicotaxatie en een signaleringsplan (en waar van toepassing een terugvalpreventieplan) vormen een integraal onderdeel van het behandelplan/begeleidingsplan.

b. De delictanalyse[25] wordt voor alle patiënten/cliënten binnen de Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's) ingezet. Voor de Overige Forensische Zorg (OFZ) geldt dat de organisatie beleid heeft bij welke patiënten/cliënten men wel of geen en wanneer een delictanalyse inzet. Het behandelplan/begeleidingsplan wordt mede opgesteld naar aanleiding van de, indien afgenomen, delictanalyse. Voor de delictanalyse wordt gebruik gemaakt van de methode die onder het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) is ontwikkeld.

---

[21] Andrews DA, Bonta J. The psychology of criminal conduct (6th ed.). New Providence, US: LexisNexis; 2017.

[22] Zie definitie van veiligheidsmanagement in de begrippenlijst in bijlage 5.

[23] Zie programma voor de sector in paragraaf 3.3. Wanneer de instrumenten die voor dit kwaliteitsaspect nodig zijn voor bepaalde settings of segmenten nog niet gerealiseerd zijn, kunnen de organisaties voor deze settings of segmenten nog niet volledig voldoen aan dit kwaliteitsaspect. Dit kwaliteitsaspect geldt voor deze doelgroepen dus pas vanaf het moment dat de instrumenten beschikbaar en geïmplementeerd zijn. Een voorbeeld hiervan is een risicotaxatie instrument voor beschermd wonen/ambulante begeleiding.

[24] Onder een erkend instrument wordt verstaand een binnen de branche en beroepsverenigingen afgesproken werkwijze, al dan niet gedeponeerd bij een officiële instantie zoals bijvoorbeeld het ZINL.

[25] Zie definitie van delictanalyse in de begrippenlijst in bijlage 5.

3) De patiënt/cliënt ontvangt een behandelplan/begeleidingsplan op maat. Het behandelplan/begeleidingsplan is onderdeel van de behandelcyclus.

a. Het behandelplan/begeleidingsplan wordt multidisciplinair en zoveel mogelijk in samenspraak met de patiënt/cliënt en waar mogelijk reclassering opgesteld, geëvalueerd en bijgesteld. Het behandelplan/begeleidingsplan is een dynamisch document dat wordt bijgesteld wanneer dat nodig is. Minimaal halfjaarlijks wordt het plan volledig geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Dit gebeurt vaker wanneer de situatie daarom vraagt. Indien de vervolgorganisatie al in beeld is sluit deze aan bij deze besprekingen.
b. Met het opstellen van het behandelplan/begeleidingsplan wordt zo snel mogelijk gestart na het eerste contact met de patiënt/cliënt. Een eerste definitieve versie van het behandelplan/begeleidingsplan wordt afgerond na de observatieperiode/kennismakingsperiode en is bij voorkeur binnen zes weken en uiterlijk binnen drie maanden na intake gereed.Wanneer nog niet alle informatie compleet is, is in het plan opgenomen hoe hiertoe te komen en wordt aanvullende informatie op een later moment aan het dynamische document toegevoegd.
c. De eerste definitieve versie van het behandelplan/begeleidingsplan wordt opgesteld op basis van delictanalyse (indien beschikbaar), de risicotaxatie (indien beschikbaar), de beschermende factoren[26], de eisen van de rechter/reclassering en stoornis-specifieke diagnostiek. Daarnaast is het behandelplan/begeleidingsplan afgestemd op iemands persoonlijke behoeften, krachten, kwetsbaarheden, wensen en voorkeuren.
d. Het behandelplan/begeleidingsplan bevat (SMART) doelen met helder beschreven doorlooptijden, waaronder het beoogde einddoel. Deze zijn te allen tijde transparant voor de patiënt/cliënt. De professional en de patiënt/cliënt zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het halen van de doelen en de doorlooptijden.
e. Professionals sluiten in het behandelplan/begeleidingsplan aan bij de belevingswereld binnen de sociale context en vaardigheden van de patiënt/cliënt. Van belang is dat de patiënt/cliënt zo veel mogelijk geïnformeerd is over waar hij/zij aan toe is, ook als het plan nog opgesteld wordt of nog niet volledig is. De betrokken professionals en de patiënt/cliënt spreken af welke professional het eerste aanspreekpunt is voor de patiënt/cliënt en wie de patiënt/cliënt dus ook informeert.
f. De organisatie heeft beleid ten aanzien van anderstaligen.

4) Rapportage en dossiervoering worden uitgevoerd conform de professionele standaard.

a. De behandelaren/begeleiders verzamelen in de eerste 24 uur (gerekend vanaf het eerste contact met de patiënt/cliënt) de meest cruciale informatie over de patiënt/cliënt (o.a. kritische informatie over bijvoorbeeld medicatiegebruik). De behandelaren/begeleiders zorgen ervoor dat deze informatie toegankelijk is voor alle andere betrokken behandelaren/begeleiders binnen de eigen organisatie. Dat mag in een voorlopig behandelplan/begeleidingsplan, of op een andere manier in het dossier.
b. De behandelaren/begeleiders rapporteren in het dossier van de patiënt/cliënt op de gestelde doelen in het behandelplan/begeleidingsplan.
c. De organisatie heeft afspraken vastgelegd over wie onder welke voorwaarden inzage heeft in het dossier van de patiënt/cliënt en onder welke voorwaarden het dossier gedeeld mag worden (zowel intern als extern).
d. De patiënt/cliënt wordt zo veel mogelijk betrokken bij het opstellen van periodieke (voortgangs-) rapportages over de behandeling/begeleiding.
e. De patiënt/cliënt heeft recht op inzage in zijn/haar eigen dossier. De hiervoor opgestelde procedures zijn vastgesteld.

[26] Zie definitie van beschermende factoren in begrippenlijst in bijlage 5.

5) Het netwerk van de patiënt/cliënt wordt actief betrokken tijdens de behandeling en/of begeleiding.

a. De behandeling/begeleiding is erop gericht om samen met de patiënt/cliënt zijn/haar omgeving zo in te richten dat hij/zij zich staande kan houden in de maatschappij. Het kan gaan om het betrekken van een bestaand (prosociaal) netwerk, het creëren van een nieuw netwerk en leren om weerbaarder te worden tegen eventuele negatieve invloeden. Er wordt gestreefd naar het hoogst haalbare in het betrekken van naasten met respect voor de wensen van de patiënt/cliënt en de naasten.
b. Naasten, en andere relevante systeemleden, van de patiënt/cliënt krijgen (tenzij er geen toestemming is van de patiënt/cliënt) uitleg over:
   i) De problematiek.
   ii) De behandeling/begeleiding.
   iii) De afspraken omtrent bezoek.
c. Naasten van de patiënt/cliënt krijgen (tenzij zij zelf anders beslissen) uitleg en informatie over:
   i) Het forensische zorgsysteem.
   ii) Algemene informatie over (de gevolgen van) licht verstandelijke beperkingen, psychiatrische - en verslavingsproblematiek
   iii) Adviezen om zelf ondersteuning te krijgen (familieverenigingen en (eventueel) familie-ervaringsdeskundigen).
   iv) De mogelijkheid om een familievertrouwenspersoon in te schakelen.
d. Gezien het grote belang van de invloed van het netwerk, wordt de patiënt/cliënt actief gemotiveerd om toestemming te geven zijn naasten te betrekken.

6) De behandeling/begeleiding wordt waar mogelijk afgeschaald en waar nodig opgeschaald, zodat de zorg doelmatig en effectief wordt ingezet. Dit geldt zowel voor op- en afschalen binnen de eigen organisatie als binnen de keten(zie hoofdstuk 6 en bijlage 4).

a. Risicomanagement is leidend bij het op- en afschalen.
b. Op- en afschalen gebeurt afhankelijk van het (risicovol) gedrag en de bevindingen van het team van behandelaren/begeleiders, gebaseerd op rapportage en dossiervoering, inzichtelijk voor de patiënt/cliënt.
c. In reguliere situaties wordt in het multidisciplinair overleg (MDO) besloten wanneer het traject afgeschaald dan wel opgeschaald dient te worden (binnen de juridische kaders). In crisissituaties handelen de professionals naar bevinden. Deze beslissing wordt geïnitieerd door het behandelteam en de behandelaar. Waar nodig vindt hierover overleg plaats met de reclassering, toezichthouder en wettelijk vertegenwoordiger (indien van toepassing).

3.2 Kwaliteitsaspecten voor specifieke settings

Hieronder worden specifieke kwaliteitsaspecten benoemd per setting. Het voorgaande is allemaal van toepassing op de gehele Forensische Zorg.

7) Veiligheidsmanagement (waaronder risicomanagement) specifiek per Klinisch en Ambulant

a. Binnen de Klinische Forensische zorg wordt het veiligheidsmanagement afgestemd op en (waar sprake is van beveiligingsniveaus) ingepast binnen het geldende beveiligingsniveau.
b. Binnen de Ambulante setting is het nodig om met een veiligheidsplan te werken als er sprake is van een hoge kans op recidive (eventueel veroorzaakt door acute risicofactoren), indien mogelijk met betrokkenheid van systeemleden.

8) Het leefklimaat vormt een belangrijk onderdeel van de behandeling/begeleiding binnen de klinische- en verblijfssetting.

a. In de klinische- en verblijfssetting is de patiënt/cliënt voor het grootste deel van de week in zijn/haar eigen verblijf of op de groep. Professionals op de groep leveren vanuit hun handelen een bijdrage aan de behandeling en begeleiding van de patiënt/cliënt.
b. Binnen de klinische setting zijn sociotherapeuten op de afdeling en behandelaren op de hoogte van gezamenlijke leerdoelen van patiënten/cliënten en afspraken. Richting de patiënt/cliënt gebruiken zij zo veel mogelijk dezelfde taal en dezelfde boodschap. Verslaglegging is gericht op de beschreven doelen en risicofactoren, zoals benoemd in het behandelplan.
c. Binnen de verblijfssetting is het voor begeleiders op de afdeling noodzakelijk dat zij allen op de hoogte zijn van de begeleidingsdoelen en dat zij de behandeldoelen kennen zoals die in het behandelplan van de behandelaar (vaak vanuit een andere organisatie) geformuleerd zijn. Deze zijn zo goed mogelijk op elkaar afgestemd.
d. Sensitiviteit en transparantie van behandelaren/begeleiders zorgt voor aansluiting bij de patiënt/cliënt en draagt daarmee bij aan het creëren van een leefklimaat dat ondersteunend is aan de behandel-/begeleidingsdoelen.
e. Het leefklimaat biedt ruimte aan een zinvolle dagbesteding en aandacht voor fysiek en psychisch welbevinden.

9) Bij het toekennen en uitvoeren van verloven is het risicomanagement leidend. Dit onderdeel is alleen in de klinische setting van toepassing.

a. De organisatie heeft voor de beveiligingsniveaus die zij aanbiedt een beleid voor het toekennen van vrijheden en verloven vertaald naar praktische handvatten voor professionals en in begrijpelijke taal voor de patiënt/cliënt. Bijvoorbeeld afspraken over wat al dan niet multidisciplinair besloten moet worden alsmede het al dan niet inzetten van een onafhankelijke commissie voor het toekennen van vrijheden en verloven.
b. De behandelaar stelt samen met de patiënt/cliënt en eventueel de reclassering een verlofplan op dat aansluit bij de behandeldoelen en het risicoprofiel van de patiënt/cliënt. De patiënt/cliënt wordt gestimuleerd om, waar mogelijk binnen zijn/haar capaciteiten, zelf in het verlofplan eventuele risicofactoren aan te geven en interventies te formuleren.
c. Bij het toekennen van verlof is er oog voor de positie van het slachtoffer van het delict, indien er een slachtoffer is gemaakt door de dader. Ofwel doordat er slachtofferonderzoek wordt uitgevoerd, ofwel dat hierover informatie wordt ingewonnen bij netwerkpartners. De uitkomsten worden meegewogen in de voorwaarden voor het verlof.
d. Verlofregelingen worden per casus voorafgaand aan inwerkingtreding met betrokken netwerkpartners en de directe naasten (binnen de geldende wet- en regelgeving) besproken.
e. Het verlof wordt voor- en nabesproken met de patiënt/cliënt.

3.3 Programma voor de sector

In de kwaliteitsaspecten zijn zaken benoemd die belangrijk zijn, maar die momenteel nog niet door organisaties die Forensische Zorg aanbieden te realiseren zijn. Daarvoor is het eerst nodig dat de sector met elkaar de randvoorwaarden realiseert. Deze randvoorwaarden zijn omschreven in het onderstaande programma voor de sector, voor wat betreft deze pijler (dit betreft het wat). De eigenaar van het Kwaliteitskader heeft in 2021 en 2022 geregeld dat een plan van aanpak is opgesteld om het programma verder vorm te geven.

Deze plannen zijn nader beschreven in de eerder genoemde doorontwikkelagenda. De volgende programmaonderdelen komen daar in ieder geval in terug:

- De sector ontwikkelt risicotaxatie instrumenten waar deze nog niet beschikbaar zijn voor de verschillende settings (zie *kwaliteitsaspect 2*).
- De sector ontwikkelt delictanalyses waar deze nog niet beschikbaar zijn en noodzakelijk zijn[27] (zie *kwaliteitsaspect 2*).
- De sector heeft inzichtelijk welke criteria voortvloeien uit nieuw/aanvullend te ontwikkelen instrumenten en sluit daarbij aan bij reeds lopende initiatieven[28] om (extra) administratieve lasten zoveel mogelijk te voorkomen (zie *kwaliteitsaspect 2*).
- De sector ontwikkelt een meer gemeenschappelijke taal om overdracht tussen behandeling en begeleiding binnen de Forensische Zorg te ondersteunen (zie *kwaliteitsaspect 4*).

[27] Bijvoorbeeld voor minder ernstige delicten of voor (SG)LVB patiënten/cliënten).
[28] Voorbeeld hiervan is de voorbereidingsgroep voor de 'gids prestatie-indicatoren forensische psychiatrie' en het opnemen van criteria voor het risicotaxatie-instrument voor de verblijfszorg.

4. Pijler 2: Forensisch vakmanschap

Introductie

Deze pijler zorgt er voor dat professionals die werken binnen de Forensische Zorg weten wat er van ze verwacht mag worden. Het gaat hierbij onder andere om het methodisch werken volgens de geldende zorgstandaarden en richtlijnen, het werken vanuit de voor de Forensische Zorg relevante thema's, Forensische Scherpte[29] en het ontwikkelen van professionele vaardigheden en ervaring. Daarbij wordt uitgegaan van professionele en multidisciplinaire samenwerking, waarbinnen iedereen zijn of haar rol heeft.

Het is van belang dat professionals die werkzaam zijn binnen de Forensische Zorg vakbekwaam zijn en dat zij in staat worden gesteld vakbekwaamheid te behouden en te ontwikkelen. Organisaties creëren een cultuur waarin leren, reflecteren en ontwikkelen centraal staat. Hierdoor kunnen professionals reflecteren op hun eigen handelen en het handelen als team, en er is ook aandacht voor verbeteringen die op teamniveau kunnen plaatsvinden.

Tot slot gaat deze pijler in op het aantrekkelijk houden en profileren van de sector op de arbeidsmarkt, opdat goed gekwalificeerd personeel geworven en behouden kan blijven voor de organisatie en de sector.

4.1 Kwaliteitsaspecten

1) De professionals in de Forensische Zorg hebben een professionele grondhouding.

a. Professionals gaan respectvol om met patiënten/cliënten, zowel in verbale als non-verbale communicatie.
b. In de relatie met de patiënt/cliënt werkt de professional toe naar een functionele vertrouwensrelatie, enerzijds door eigen betrouwbaar gedrag te tonen, en anderzijds door het stimuleren van eigen verantwoordelijkheid bij de patiënt/cliënt.
c. Professionals zetten in op het motiveren en opbouwend beïnvloeden van patiënten/cliënten en zoeken daarbij aansluiting op de ervarings- en belevingswereld binnen de sociale context van de patiënt/cliënt.
d. Professionals zijn zich bewust van hun eigen normen en waarden en zij kunnen deze professioneel handteren. Professionals kunnen reflecteren op eigen gedrag en ervaringen en zij zijn in staat om dit bespreekbaar maken.

[29] Zie bijlage 5 voor een definitie van forensische scherpte.

2) De professional werkt methodisch en volgens (zorg)standaarden.

a. Om tot een optimaal behandel- en/of begeleidingsresultaat te komen, werken zorgprofessionals per setting volgens de daar geldende methoden, modules en richtlijnen, zo veel als mogelijk 'evidence- based', dan wel volgens 'good clinical practice' en, waar mogelijk, volgens de laatste (wetenschappelijke) inzichten in relatie tot de doelgroep. De zorgstandaarden en generieke modules die bij het ZiNL gedeponeerd zijn geven de richting en zijn de basis voor de Forensische Zorg.

b. De professional handelt in lijn met de voor de sector beschikbare (zorg)standaarden en multidisciplinaire richtlijnen. Wanneer de professional daarvan afwijkt, motiveert hij/zij dit zorgvuldig met behulp van door de sector en/of professie erkende argumenten.

3) De professional werkt in een multidisciplinair team en draagt daar vanuit eigen expertise aan bij.

a. Binnen de Forensische Zorg wordt bij voorkeur gewerkt in een multidisciplinair team, waarbij iedereen, vanuit zijn/haar eigen professie, een bijdrage levert aan het eindresultaat.

b. Afstemming en samenwerking is de regel, en men kan in vertrouwen elkaar aanspreken op gemaakte afspraken.

c. De organisatie heeft een visie en beleid over hoe geschoolde ervaringsdeskundigen[30] ingezet worden binnen de Forensische Zorg, waarin antwoord wordt gegeven op vraagstukken zoals opleiding, positionering, verklaring omtrent gedrag (VOG) problematiek, rechten en plichten. Wanneer ervaringsdeskundigen worden ingezet zijn zij onderdeel van het multidisciplinair behandel-/begeleidingsteam.

4) De professional houdt zich aan de professionele standaard, die bestaat uit vakinhoudelijke standaarden, beroepsethische normen en veldnormen.

a. De professional houdt zich aan vakinhoudelijke standaarden, zoals methodieken, gevalideerde instrumenten en richtlijnen.

b. De professional houdt zich aan de voor zijn/haar beroep geldende beroepsethische normen, onder andere vastgelegd in de beroepscodes (o.a. NIP, BPSW, V&VN, NVvP) en verfijnd/aangevuld in jurisprudentie vanuit het tuchtrecht.

c. De professional houdt zich aan de binnen de organisatie geldende gedragscodes en kwaliteitsdocumenten (zoals zorgprogrammering) die in de sector of branche ontwikkeld zijn.

5) De professionals die werkzaam zijn binnen de Forensische Zorg zijn bevoegd en vakbekwaam.

a. Professionals onderhouden hun vakkennis op basis van de vastgestelde competenties en leerdoelen, zoals ontwikkeld binnen het Programma Forensisch Vakmanschap[31].

b. De professionals, voor wie dat van toepassing is, staan ingeschreven in het kwaliteitsregister van hun beroepsgroep, houden accreditatiepunten bij indien vereist vanuit hun titel en hebben indien van toepassing een geldige BIG-registratie.

c. Professionals leren en ontwikkelen van en met elkaar. Bijvoorbeeld door middel van feedback, casuïstiekbespreking, supervisie, intervisie, (team-)reflectie, werkbegeleiding en scholing.

d. Professionals bewaken de grenzen van hun vakbekwaamheid. Wanneer die grens bereikt is, zorgen ze dat ze nauw samenwerken met een voor de handeling/taak bekwame collega/partner.

e. Professionals zijn in beginsel verantwoordelijk voor hun eigen handelen.

f. Professionals die nog in opleiding en/of niet volledig vakbekwaam zijn, worden begeleid door een bevoegde en bekwame professional.

g. Het is de verantwoordelijkheid van de bekwame professional om de nog niet volledig bekwame professional adequaat te begeleiden en te ondersteunen.

---

[30] Zie bijlage 5 voor een definitie van ervaringsdeskundigen.
[31] Zie bijlage 2 voor een uitleg over het Programma Forensisch Vakmanschap.

6) Binnen de organisatie is tijd, ruimte en openheid om continu te leren, te reflecteren en te ontwikkelen.

a. De organisatie zorgt dat voor iedere professional voldoende tijd en ruimte is om te leren en zich te ontwikkelen. De organisatie creëert hiervoor een cultuur die leren en reflecteren stimuleert en waar professionals zich ten opzichte van elkaar kwetsbaar kunnen opstellen.
b. De organisatie heeft een actueel beleid voor vakmanschap ontwikkeling en scholing van professionals met bijbehorend budget en een daarop passend plan (desgewenst als integraal onderdeel van het jaarplan). De organisatie baseert zich hierbij op de uitgangspunten van het Programma Forensisch Vakmanschap en zet zich aantoonbaar in om de gestelde doelen te behalen.
c. Voor organisaties die naast Forensische Zorg ook andere typen dienstverlening hebben, is het van belang dat zij op het gebied van forensische aspecten hun professionals ontwikkelen.

7) De organisatie draagt bij (in verhouding tot haar volume) aan het aantrekkelijk zijn en blijven van de sector op de arbeidsmarkt.

a. Nieuwe medewerkers krijgen bij indiensttreding[32] een inwerkprogramma, zodat zij bekwaamheid in de Forensische Zorg kunnen opbouwen.
b. De organisatie creëert en behoudt opleidingsplaatsen, stageplaatsen, leerwerkplaatsen, plaatsen voor (zij-)instromers, en samenwerking met ROC's, hogescholen en universiteiten.
c. De organisatie heeft voldoende ontwikkelingsmogelijkheden voor forensische professionals.
d. De organisatie draagt bij aan de gezamenlijke arbeidsmarktaanpak[33] zoals ontwikkeld door de Taskforce Forensische Zorg.

4.2 Kwaliteitsaspecten voor specifieke settings

Er zijn geen specifieke kwaliteitsaspecten benoemd per setting. Het voorgaande is dus allemaal van toepassing op de gehele Forensische Zorg.

4.3 Programma voor de sector

In de kwaliteitsaspecten zijn zaken benoemd die belangrijk zijn, maar die momenteel nog niet door organisaties die Forensische Zorg aanbieden te realiseren zijn. Daarvoor is het eerst nodig dat de sector met elkaar de randvoorwaarden realiseert. Deze randvoorwaarden zijn omschreven in het onderstaande programma voor de sector, voor wat betreft deze pijler (dit betreft het wat). De eigenaar van het Kwaliteitskader heeft in 2021 en 2022 geregeld dat een plan van aanpak is opgesteld om het programma verder vorm te geven. Deze plannen zijn nader beschreven in de eerder genoemde doorontwikkelagenda. De volgende programmaonderdelen komen daar in ieder geval in terug:

- De sector faciliteert kennisdeling vanuit een centrale plek voor professionals werkzaam in de Forensische Zorg (zie *kwaliteitsaspect* 2).
- De sector ontwikkelt een aanpak om belemmeringen (waaronder VOG) voor de inzet van ervaringsdeskundigen weg te nemen (zie *kwaliteitsaspect* 3).

[32] Het betreft de indiensttreding van medewerkers die ook daadwerkelijk binnen de Forensische Zorg gaan werken of medewerkers die vanuit een andere type dienstverlening de overstap maken naar de Forensische Zorg.

[33] Middels de gezamenlijke arbeidsmarktaanpak profileert de forensische sector zich eenduidig en actief op de arbeidsmarkt. Doel hiervan is zoveel mogelijk gekwalificeerd personeel aan te trekken en te behouden voor de forensische sector. Zie www.taskforceforensischezorg.nl en www.werkeninforensischezorg.nl voor meer informatie.

- De sector draagt zorg voor de (door)ontwikkeling van de Forensische Leerlijn en van het Programma Forensisch Vakmanschap specifiek gericht op de Forensische Zorg. Daarbinnen wordt gekeken naar een aanbod voor iedere setting en de verschillende functies (zie *kwaliteitsaspect 5*).
- De sector ontwikkelt een generieke module Forensische Zorg met de status van een zorgstandaard (zie *kwaliteitsaspect 5*).
- De sector geeft blijvend vorm aan en borgt de gezamenlijke arbeidsmarktaanpak en creëert een centrale plek waar professionals verhalen en onderzoeken kunnen delen om professionals te inspireren (zie *kwaliteitsaspect 6 en 7*).
- De sector ondersteunt instellingen in hoe zij het creëren van een cultuur van leren en reflecteren kunnen stimuleren (zowel kwalitatief als kwantitatief) waar professionals zich ten opzichte van elkaar kwetsbaar kunnen opstellen (zie *kwaliteitsaspect 6*).
- De sector organiseert voldoende scholing en opleidingsplaatsen voor professionals en ervaringsdeskundigen gericht op de Forensische Zorg (zie *kwaliteitsaspect 7*).

5. Pijler 3: Organisatie van zorg

Introductie

Organisaties binnen de Forensische Zorg faciliteren een veilig werk- en leefklimaat waarbinnen de pijlers ‘veiligheid en persoonsgerichte zorg’ en ‘forensisch vakmanschap’ (zoals beschreven in de voorgaande hoofdstukken) tot uiting kunnen komen. Deze pijler - organisatie van zorg - beschrijft wat organisaties geregeld dienen te hebben ten aanzien dit veilige werk- en leefklimaat en ten aanzien van de bedrijfsvoering en sturing, in de breedste zin van het woord. Doel is om kwalitatief goede Forensische Zorg te kunnen bieden zowel nu als in de toekomst.

5.1 Kwaliteitsaspecten

1) De organisatie zorgt voor een veilig werk- en leefklimaat.

a. Professionals voelen zich veilig en ondersteund door hun team en de organisatie waar zij werkzaam voor zijn. Er is aandacht voor intervisie, reflectie en verandering.
b. Bij incidenten gericht op de professional voelt deze zich ondersteund door de organisatie.
c. De veiligheidsprotocollen zijn bekend bij de professionals, worden toegepast en worden open en kritisch besproken.

2) De organisatie heeft een werkend kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem.

a. De organisatie heeft een aanpak gericht op het continu kunnen ontwikkelen en borgen van de kwaliteit van dienstverlening. Zaken zoals een plan-do-check-act-cyclus (PDCA), normeren, meten (door bijvoorbeeld audits), herontwerpen en verbeteren, ondersteunen deze aanpak.
b. De organisatie faciliteert het continu leren en gestructureerd ontwikkelen en verbeteren van de praktijk.
c. De organisatie werkt aan het verbeteren van processen met als doel een verbetering van efficiëntie, effectiviteit en doelmatigheid.
d. De organisatie is een lerende organisatie, waarin ervaringen van patiënten/cliënten/naasten en professionals worden meegenomen in de analyse en het verbeteren van de uitvoering.
e. Resultaten van de tevredenheids- en/of ervaringsmetingen zijn vindbaar voor patiënten/cliënten (en hun naasten) (bijvoorbeeld door publicatie in kwaliteitsverslag en/of op website) en worden met de betreffende professionals besproken (zowel uitkomsten van tevredenheids- en/of ervaringsonderzoeken onder patiënten/cliënten/naasten als tevredenheids- en ervaringsonderzoeken onder professionals)[34].

[34] Bij organisaties met een beperkt aantal forensische patiënten/cliënten kunnen de aantallen te klein zijn voor publicatie. De uitkomsten van de individuele metingen kunnen dan met de betrokkenen worden besproken, zodat toch geleerd kan worden van de uitkomsten.

f. De organisatie stimuleert het bespreken en leren van incidenten, calamiteiten en bijzondere voorvallen[35]. Daarnaast doet zij indien nodig melding bij de betreffende toezichthouder en is er nazorg voor professionals beschikbaar die te maken hebben gehad met incidenten, calamiteiten en bijzondere voorvallen.
g. De organisatie toetst jaarlijks de werking van het kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem. Voorbeelden van instrumenten hiervoor zijn: directie- of systeembeoordeling, kwaliteitsvisitaties en/of een kwaliteitscertificering.

3) De organisatie heeft een visie op goed bestuur, leiderschap, duurzaamheid en toezicht.

a. De organisatie beschikt over een transparante visie, draagt dit uit en ondersteunt de professionals in het werken conform deze visie. De organisatie bepaalt op basis van de visie de doelen.
b. De organisatie heeft een transparant besturingsmodel waarvan de werking jaarlijks wordt getoetst, bijvoorbeeld door middel van een directie- of systeembeoordeling.
c. De organisatie draagt samen met de professionals bij aan het verminderen van administratieve lasten.
d. De organisatie heeft een visie op hoe zij invulling willen geven aan duurzaamheid binnen de organisatie.
e. De organisatie heeft een professioneel statuut.
f. De organisatie werkt volgens de afspraken van de geldende Governancecode Zorg.
g. De organisatie heeft, indien de organisatie ook andere typen dienstverlening heeft, binnen a t/m e binnen dit kwaliteitsaspect specifiek aandacht voor de Forensische Zorg.

4) De organisatie draagt (waar mogelijk) bij aan wetenschappelijk onderzoek, innovatie en implementatie.

a. Landelijke ontwikkelingen en wetenschappelijk onderzoek worden gevolgd en, na afweging en waar mogelijk, geïmplementeerd. Hierbij wordt aansluiting gezocht met bijvoorbeeld collega-instellingen, het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), universiteiten, lectoraten, Hbo-instellingen, het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) en KFZ, om onder andere het delen van kennis en informatie te bewerkstelligen.
b. Waar mogelijk voert de organisatie zelf wetenschappelijk onderzoek uit op het gebied van de Forensische Zorg.
c. De organisatie zoekt actief naar mogelijkheden om te innoveren, bijvoorbeeld door middel van leren van data, eHealth en technologie.

5) De Forensische Zorg is expliciet vertegenwoordigd in de medezeggenschapsorganen.

a. Iedere organisatie heeft conform de geldende wet- en regelgeving de medezeggenschap geregeld voor medewerkers (Ondernemingsraad), medische en professionele staf (bijvoorbeeld verpleegkundige-agogische adviesraad) en patiënten/cliënten (patiënten/cliëntenraad en voor de LVB-doelgroep aangevuld met een verwantenraad).
b. b) Organisaties die naast Forensische Zorg ook andere typen dienstverlening hebben, dragen zorg voor evenredige vertegenwoordiging[36] van betrokkenen vanuit de Forensische Zorg.

---

[35] Zie bijlage 5 voor definities van incidenten, calamiteiten en bijzondere voorvallen.
[36] Wanneer het niet evenredig is om één zetel te hebben voor een afgevaardigde vanuit de Forensische Zorg, wordt gezocht naar andere mogelijkheden om de Forensische Zorg te vertegenwoordigen. Bijvoorbeeld door één of meerdere leden van het medezeggenschapsorgaan het dossier Forensische Zorg te geven.

5.2 Kwaliteitsaspecten voor specifieke settings

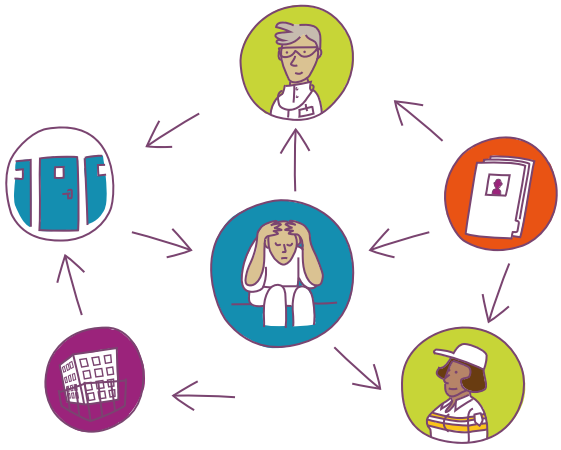
Er zijn geen specifieke kwaliteitsaspecten benoemd per setting. Het voorgaande is dus allemaal van toepassing op de gehele Forensische Zorg.

5.3 Programma voor de sector

In de kwaliteitsaspecten zijn zaken benoemd die belangrijk zijn, maar die momenteel nog niet door organisaties die Forensische Zorg aanbieden te realiseren zijn. Daarvoor is het eerst nodig dat de sector met elkaar de randvoorwaarden realiseert. Deze randvoorwaarden zijn omschreven in het onderstaande programma voor de sector, voor wat betreft deze pijler (dit betreft het wat). De eigenaar van het Kwaliteitskader heeft in 2021 en 2022 geregeld dat een plan van aanpak is opgesteld om het programma verder vorm te geven. Deze plannen zijn nader beschreven in de eerder genoemde doorontwikkelagenda. De volgende programmaonderdelen komen daar in ieder geval in terug:

- De sector faciliteert een overzicht van instrumenten voor zowel patiënt/cliënttevredenheids- en ervaringsonderzoeken als medewerkerstevredenheid- en ervaringsonderzoeken (zie *kwaliteitsaspect* 2).
- De sector onderzoekt hoe onnodige administratieve belasting (blijvend) voorkomen kan worden onder andere door het *ontdubbelen* van het vastleggen van administratieve gegevens ten aanzien van dit Kwaliteitskader in relatie tot andere kwaliteitskeurmerken (zie *kwaliteitsaspect* 3).

6. Pijler 4: Samenwerken



Introductie

Samenwerking binnen de Forensische Zorg kenmerkt zich door goede ketenaansluiting, zorgvuldige en passende overdrachten van patiënten/cliënten en samen optrekken in het geval van stapelzorg. Daarmee ontstaan netwerken van zorg die met elkaar samenwerken gericht op passende ondersteuning van de patiënt/cliënt tijdens diens traject door de Forensische Zorg. Dit is een voorwaarde voor het toewerken naar een veilige terugkeer naar of passende deelname aan de samenleving van de patiënt/cliënt. Bij overdracht aan de voorkant en achterkant van het forensisch traject is het belangrijk om aansluiting met partners buiten de Forensische Zorg te organiseren. Door middel van een goede samenwerking kan continuïteit van zorg geboden worden, wat belangrijk is in het kader van persoonsgerichte zorg, de motivatie van de patiënt/cliënt, en daarmee werken aan het beperken van recidive. Daarnaast wil men binnen de sector van elkaar leren. Participeren in de reeds bestaande of nieuwe (kwaliteits-)netwerken is hiervan een onderdeel.

6.1 Kwaliteitsaspecten

1) De organisatie werkt samen met andere organisaties binnen en buiten de Forensische Zorg om continuïteit van zorg te realiseren.

a. In het geval van stapelzorg wordt door betrokken partijen de coördinerende rol afgesproken en professionals zorgen voor regelmatige afstemming van het behandel- en begeleidingsplan, waarbij men een gezamenlijk signaleringsplan opstelt.
b. Overdracht is gericht op continuïteit van zorg met een optimale overdracht van informatie. De patiënt/cliënt is zoveel mogelijk betrokken bij zijn/haar overdracht. Tijdens het proces van overdracht wordt met elkaar afgesproken welke informatie (binnen de wettelijke kaders) wordt uitgewisseld bij de overdracht. Doel is om zorg te dragen voor een doelmatige en veilige zorg en de continuïteit van zorg.
c. De organisatie organiseert een “warme” overdracht. Indien mogelijk vindt kennismaking met de vervolgorganisatie plaats binnen de overdragende organisatie.
d. Professionals stemmen inhoud en taal van de overdracht af om behandeling en begeleiding goed op elkaar te laten aansluiten. Waar mogelijk delen de organisaties informatie om dubbel werk te voorkomen (bijvoorbeeld dat de ene organisatie gebruik maakt van de delictanalyse van de andere organisatie en niet opnieuw zelf bij de patiënt/cliënt de delictanalyse gaat uitvoeren).
e. De organisatie werkt actief toe naar samenwerkingsverbanden met organisaties buiten de Forensische Zorg.
f. Wanneer partijen er samen niet uit komen en problemen ontstaan in de kwaliteit, veiligheid en/of continuïteit van zorg, neemt de organisatie contact op met de inkoper binnen DJI om als opdrachtgever mee te denken.
g. Indien reclassering betrokken is: Bij de uitvoering van de zorg wordt de driehoeksverhouding gehanteerd tussen de reclassering, patiënt/cliënt en behandelaren en/of begeleiders, waarbij alle partijen elkaar informeren (binnen de wettelijke kaders). De drie-partijenovereenkomst kan als middel worden gebruikt om de samenwerking te formaliseren[37].

[37] Tool Samenwerkingsafspraken - EFP.

h. De organisatie heeft aandacht voor de doelen gericht op uitstroom en nazorg (zoals dagbesteding, financiën, wonen, sociaal netwerk, relatie) en er wordt actie ondernomen om deze doelen na te streven.
i. Indien van toepassing heeft de organisatie (met het oog op de continuïteit van zorg) contact met de geëigende partijen zoals reguliere GGZ, zorg, veiligheidshuis en gemeente (bijvoorbeeld over voortzetting van het traject binnen de Wmo) over de voortzetting van trajecten binnen de reguliere zorg bij aflopen van de strafrechtelijke titel.

2) De organisatie is onderdeel van een lerend netwerk met andere organisaties, die onderdeel zijn van de forensische keten.

a. De organisatie sluit aan op reeds binnen de sector ontwikkelde (lerende) netwerken en expertisenetwerken (peer reviews) en/of werken actief en aantoonbaar toe naar deelname en/of creëren zelf een lerend netwerk met andere organisaties binnen de forensische keten. De definities en eisen aan de kwaliteitsnetwerken zijn gedefinieerd in de methodiekomschrijving, zie www.kwaliteitsnetwerken.nl.
b. De organisatie wisselt periodiek ervaringen uit met de netwerkpartners met als doel om te leren en te ontwikkelen. Transparantie, het delen van informatie, en het elkaar ondersteunen bij moeilijke casussen, stimuleert in gezamenlijkheid leren om zo de gehele sector naar een hoger kwaliteitsniveau te brengen.

3) De organisatie heeft beleid en voert dat uit over hoe zij de maatschappij en de omgeving van de organisatie betrekt.

a. De organisatie voert een actief beleid om de directe omgeving te informeren over haar werkzaamheden en het doel ervan. Voorlichting via website en aan de media hebben als doel om de publieke beeldvorming over de Forensische Zorg te verbeteren en stigmatisering te reduceren. Hierbij wordt zo veel mogelijk in begrijpelijke taal gecommuniceerd en wordt jargon voorkomen.
b. De organisatie heeft beleid over samenwerking met maatschappelijke organisaties, zoals: gemeente(n), politie, woningbouwverenigingen, schuldhulpverlening, werkgevers, maatschappelijke opvang organisaties, sportverenigingen, buurtverenigingen, geloofsgemeenschappen, et cetera.
c. Binnen de organisatie zijn de verantwoordelijkheden duidelijk beschreven ten aanzien van de communicatie met de wijk, instanties, gemeente(n), de samenleving, de media, et cetera.

6.2 Kwaliteitsaspecten voor specifieke settings

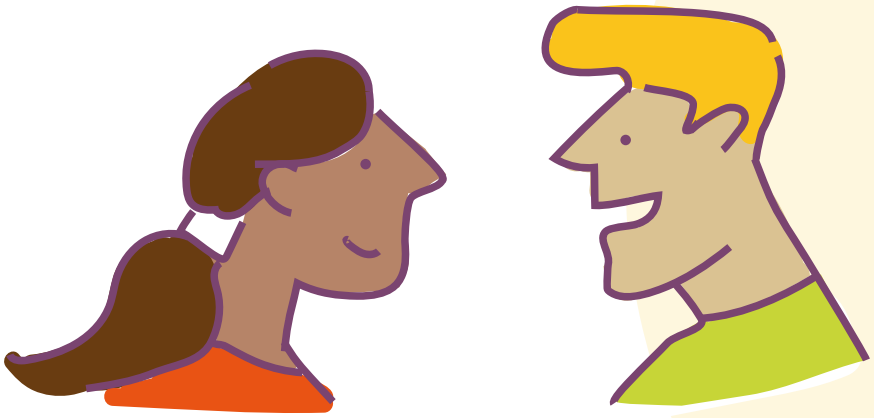
Er zijn geen specifieke kwaliteitsaspecten benoemd per setting. Het voorgaande is dus allemaal van toepassing op de gehele Forensische Zorg.

6.3 Programma voor de sector

In de kwaliteitsaspecten zijn zaken benoemd die belangrijk zijn, maar die momenteel nog niet door organisaties die Forensische Zorg aanbieden te realiseren zijn. Daarvoor is het eerst nodig dat de sector met elkaar de randvoorwaarden realiseert. Deze randvoorwaarden zijn omschreven in het onderstaande programma voor de sector, voor wat betreft deze pijler (dit betreft het wat). De eigenaar van het Kwaliteitskader heeft in 2021 en 2022 geregeld dat een plan van aanpak is opgesteld om het programma verder vorm te geven.

Deze plannen zijn nader beschreven in de eerder genoemde doorontwikkelagenda. De volgende programmaonderdelen komen daar in ieder geval in terug:

- De sector vindt overeenstemming over informatie die in de keten minimaal gedeeld moet worden om kwaliteit en continuïteit van zorg te kunnen waarborgen, legt dit vast (rekening houdend met de voorwaarden waaronder en met welke partij welke informatie wel of niet gedeeld mag worden), en zet zich hier actief voor in. Hier wordt in elk geval in uitgewerkt hoe warme overdracht hier aan kan bijdragen en tevens de financieringsaspecten van (warme) overdracht (zie *kwaliteitsaspect 1*).
- De sector voert op bestuurlijk niveau overleg over hoe patiënten/cliënten weer een actieve en betekenisvolle rol te kunnen geven in de maatschappij en gaan hierover met andere betrokken partijen in gesprek, waaronder gemeenten (zie *kwaliteitsaspect 1*).
- De sector ontwikkelt, daar waar dit nog niet ontwikkeld is en waar de behoefte is, een kwaliteitsnetwerk (zie *kwaliteitsaspect 2*).



7. Pijler 5: Informeren over resultaten

Introductie

De Forensische Zorg heeft een maatschappelijke opdracht met daarbinnen een tweeledig doel. Enerzijds is de Forensische Zorg primair gericht op het beperken van het risico op recidive, daarmee draagt het bij aan een veiligere maatschappij. Anderzijds levert de Forensische Zorg een bijdrage aan het psychisch, sociaal-maatschappelijk functioneren van de patiënt/cliënt. Door middel van transparante informatieverstrekking worden patiënten/cliënten, naasten, professionals, financiers, toezichthouders en de maatschappij geïnformeerd over de activiteiten en de behaalde resultaten binnen de Forensische Zorg. Een proactieve inzet door organisaties die Forensische Zorg aanbieden om onderling informatie te verstrekken geeft voeding aan een (nog) realistischer beeld van de (hoog) gespecialiseerde zorg die binnen de sector wordt geleverd. Deze pijler beschrijft hoe organisaties dit vormgeven. Hierbij is aandacht voor de zoektocht naar het vinden van een juiste balans tussen registratie en daarmee samenhangende administratieve lasten enerzijds en het belang van informeren en verantwoorden anderzijds.

Het Kwaliteitskader vraagt organisaties een meerjarenplan op te stellen, waarin zij beschrijven hoe de organisatie de kwaliteitsaspecten zoals genoemd in dit Kwaliteitskader beoogt te implementeren. Daarnaast vraagt het Kwaliteitskader organisaties jaarlijks een kwaliteitsverslag op te stellen óf het onderwerp kwaliteit als een integraal onderwerp te verwerken in een ander (reeds bestaand) kwaliteits- of jaarverslag van de organisatie[38]. In het kwaliteitsverslag beschrijft de organisatie de inspanning en behaalde resultaten ten aanzien van het toegroeien naar de kwaliteit zoals beschreven in dit Kwaliteitskader. Het kwaliteitsverslag dient als basis om het gesprek over kwaliteit te voeren in het kader van de inkoop en het toezicht.

Het Kwaliteitskader heeft als doel bij te dragen aan het leveren van kwalitatief goede Forensische Zorg. Ontwikkelen en van elkaar mogen leren zijn manieren om continu leren te bevorderen. Voorwaarde om te reflecteren is een open cultuur waar ruimte wordt geboden om het eigen handelen te bespreken op basis van het dagelijks handelen. Belangrijk is om continu het gesprek over kwaliteit met elkaar te kunnen voeren, zowel binnen het primair proces, als ook tussen de organisatie(s), de toezichthouder(s) en/of financier(s). Er wordt gestreefd naar een goede verhouding tussen inventariseren, reflecteren, leren, en verbeteren, en het gesprek voeren vanuit vertrouwen en niet vanuit wantrouwen.

[38] In het kader van de administratieve lasten zijn de partijen die betrokken zijn bij het opstellen van het Kwaliteitskader voorstander om het kwaliteitsverslag een integraal onderdeel te laten zijn van een reeds bestaand verslag. De verslaglegging over kwaliteit van de Forensische Zorg kan bijvoorbeeld verwerkt worden in het maatschappelijk jaarverslag of in het kwaliteitsverslag dat organisaties die gehandicaptenzorg aanbieden reeds opstellen in het kader van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg.

7.1 Kwaliteitsaspecten

1) De organisatie heeft een meerjarenplan waarin beschreven wordt hoe de organisatie de kwaliteitsaspecten genoemd in dit Kwaliteitskader beoogt te implementeren. De organisatie actualiseert het meerjarenplan minimaal jaarlijks. Het meerjarenplan is vormvrij en mag desgewenst geïntegreerd worden met andere meerjarenplannen van de organisatie.

a. De organisatie stelt het meerjarenplan op in afstemming met een vertegenwoordiging van patiënten/cliënten (eventueel in een patiënten/cliënten- of verwantenraad), en medische en professionele staf (bijvoorbeeld vertegenwoordiging in een verpleegkundig-agogische adviesraad). Daarnaast bespreekt de organisatie het meerjarenplan binnen het lerend netwerkt. Doel hiervan is om samen doelen te stellen en te leren.
b. Het eerste meerjarenplan is uiterlijk 31-05-2023 gereed.

2) De organisatie stelt per kalenderjaar een kwaliteitsverslag op of integreert de verslaglegging over kwaliteit in een ander (reeds bestaand) kwaliteits- of jaarverslag.

a. Door middel van het kwaliteitsverslag maken organisaties transparant waar ze staan met betrekking tot de implementatie van de kwaliteitsaspecten. Vanuit eigen reflectie, en in afstemming met patiënten/ cliënten (al dan niet via een patiënten-/cliënten-/verwantenraad) en medische en professionele staf (bijvoorbeeld via een verpleegkundig- agogische adviesraad), wordt beschreven wat is gerealiseerd en waar de organisatie nog op zal ontwikkelen.
b. De organisatie bespreekt het kwaliteitsverslag breed binnen de organisatie en buitende de organisatie in het lerend netwerk. Doel hiervan is dat organisaties een cyclus in gaan waarin continu reflecteren, leren en verbeteren centraal staat. Op deze wijze wordt de lerende dialoog tussen de verschillende belanghebbenden binnen de organisatie en tussen de organisaties gevoed.
c. In het kwaliteitsverslag komen minimaal onderstaande onderdelen terug. Wanneer het kwaliteitsverslag integraal onderdeel is van een ander kwaliteits- of jaarverslag, moeten onderstaande onderdelen, voor de geleverde Forensische Zorg herkenbaar en expliciet benoemd worden:
   i) Visie van de organisatie op het gebied van de Forensische Zorg.
   ii) Algemene informatie over de geleverde Forensische Zorg:
      (1) Type Forensische Zorg die de organisatie levert (settings, beveiligingsniveaus).
      (2) Aantal patiënten/cliënten op peildatum 31 december van het betreffende kalenderjaar.
      (3) Percentage Forensische Zorg (gefinancierd door DJI) ten opzichte van anders gefinancierde zorg (inclusief vrijwillige Forensische Zorg vallend onder de Zvw) in aantal patiënten/ cliënten op 31 december van het betreffende kalenderjaar.
   iii) Voor de pijlers 1 t/m 4 geeft de organisatie in het kwaliteitsverslag een samenvatting van de behaalde resultaten en de huidige stand van zaken. Het beschrijft per pijler minimaal:
      (1) Een algemeen beeld van de mate waarin de organisatie wel of niet voldoet aan de kwaliteitsaspecten die onder deze pijler in dit Kwaliteitskader genoemd staan.
      (2) Een reflectie op de behaalde resultaten binnen deze pijler in het kalenderjaar waarover verslaglegging plaatsvindt. Hierbij is aandacht voor de successen en de aandachtspunten. De organisatie reflecteert aan de gestelde doelen in het eigen meerjarenplan (zie *kwaliteitsaspect 1 in pijler 5*).
      (3) De ontwikkelpunten voor het komend kalenderjaar binnen de pijler.
   iv) De binnen de setting afgesproken prestatie-indicatoren[39] krijgen een plek in het jaarverslag. Naast de 'cijfers' geeft de organisatie een kwalitatieve toelichting op de cijfers.

[39] De geldende prestatie-indicatoren per setting staan genoemd in de Gids prestatie-indicatoren forensische psychiatrie. Deze wordt jaarlijks geactualiseerd

d. Het kwaliteitsverslag is uiterlijk 31 mei van het volgende kalenderjaar gereed. Het eerste kwaliteitsverslag dient gemaakt te worden over het kalenderjaar 2022. Omdat het eerste verslagjaar een looptijd heeft van enkele maanden wordt in het eerste kwaliteitsverslag verwacht van zorgaanbieders dat zij kunnen weergeven op welke wijze zij inhoud willen geven aan de implementatie op basis van het meerjarenplan.
e. Het kwaliteitsverslag wordt gepubliceerd, in ieder geval op de website van de organisatie. Hiermee is het kwaliteitsverslag toegankelijk voor iedereen en daarmee wordt in een transparante informatieverstrekking aan de maatschappij en andere stakeholders voorzien. Het kwaliteitsverslag blijft minimaal 5 jaar openbaar toegankelijk

3) De organisatie levert indicatoren en gegevens aan volgens de geldende aanleververplichtingen. Het betreft onder andere (en alleen indien voor de setting van toepassing) de prestatie-indicatoren zoals beschreven in de Gids prestatie-indicatoren forensische psychiatrie en de doelmatigheidsindicatoren voor de FPC's zoals beschreven in de Handleiding bekostiging en verantwoording van DJI.

7.2 Kwaliteitsaspecten voor specifieke settings

Er zijn geen specifieke kwaliteitsaspecten benoemd per setting. Het voorgaande is dus allemaal van toepassing op de gehele Forensische Zorg.

7.3 Programma voor de sector

In de kwaliteitsaspecten zijn zaken benoemd die belangrijk zijn, maar die momenteel nog niet door organisaties die Forensische Zorg aanbieden te realiseren zijn. Daarvoor is het eerst nodig dat de sector met elkaar de randvoorwaarden realiseert. Deze randvoorwaarden zijn omschreven in het onderstaande programma voor de sector, voor wat betreft deze pijler (dit betreft het wat). De eigenaar van het Kwaliteitskader heeft in 2021 en 2022 geregeld dat een plan van aanpak is opgesteld om het programma verder vorm te geven. Deze plannen zijn nader beschreven in de eerder genoemde doorontwikkelagenda. De volgende programmaonderdelen komen daar in ieder geval in terug:

- De sector verkent aan welke kwantitatieve (tel) en kwalitatieve (vertel) gegevens behoefte is om verdere uitdrukking te geven aan dit Kwaliteitskader en wat daar voor nodig is. Daarbij wordt aansluiting gezocht aansluiting bij lopende initiatieven om dubbel werk te voorkomen. Voorbeelden hiervan zijn de voorbereidingsgroep ten aanzien van de prestatie-indicatoren forensische psychiatrie en de recidive monitor van het WODC[40] (zie *kwaliteitsaspect 2 en 3*).
- De sector onderzoekt of er behoefte is aan een sectorbreed (wetenschappelijk/ epidemiologisch) onderzoek naar bijvoorbeeld recidive, terugkeer naar de arbeidsmarkt of dagbesteding, wonen en inkomen, fysieke en psychische gezondheid en kwaliteit van leven en belegt dat desgewenst.
- DJI onderzoekt hoe zij de meerjarenplannen en kwaliteitsverslagen kunnen gebruiken bij de zorginkoop (hierbij ook rekening houdend met het aanbestedingsrecht). De wens van de betrokkenen bij het ontwikkelen van het Kwaliteitskader is om vooral het gesprek over kwaliteit met elkaar te voeren (vertellen en tellen zijn met elkaar in balans), in lijn met de ontwikkeling die DJI zelf al doormaakt (zie *kwaliteitsaspect 1 en 2*).
- DJI gaat dit Kwaliteitskader gebruiken bij de inkoop. DJI onderzoekt op welke wijze dit precies vorm krijgt. Waarschijnlijk komt het kwaliteitskader voor de inkoop zoals eerder opgesteld door DJI te vervallen en zal DJI een doorvertaling maken van dit Kwaliteitskader als richtlijn voor de inkoop. Nadere communicatie vanuit DJI hierover volgt.

[40] Recidivemonitor WODC: Deze monitor brengt recidive op sectorniveau en op het niveau van de type Forensische Zorg trajecten in beeld. Het betreft een vijfjarig onderzoeksprogramma dat in augustus 2021 afloopt[40]. De sector bekijkt of en op welke manier de recidivemonitor gecontinueerd en zodanig aangepast kan worden dat recidivecijfers op het niveau van instellingen en zorgtypes beschikbaar komen.

8. Invoering en onderhoud

Bij de ontwikkeling van het Kwaliteitskader is bewust gekozen voor een ambitieus en realistisch kader om daarmee een positieve impuls te geven aan de sector. Als gevolg daarvan zullen nog niet alle organisaties direct kunnen voldoen aan alle kwaliteitsaspecten zoals beschreven in het Kwaliteitskader Forensische Zorg. Het implementatie- en onderhoudsplan (bijlage 4) geeft aan welke opdracht er voor de sector ligt voor de periode 1 oktober 2022 tot en met 2028, wat hierin van hen wordt verwacht, onder welke voorwaarden, en op welke termijn van organisaties wordt verwacht dat zij voldoen aan alle onderdelen van het Kwaliteitskader Forensische Zorg. Het succes van het Kwaliteitskader is afhankelijk van de implementatiesystematiek en de snelheid waarbinnen het de sector lukt om de kwaliteitsaspecten zoals genoemd in dit Kwaliteitskader te implementeren. Het is uitdrukkelijk het doel om de dialoog over de kwaliteit van de Forensische Zorg te stimuleren en om zo met elkaar toe te groeien naar een hoge kwalitatieve standaard, waar ruimte wordt gegeven aan innovatie. Het geheel zal bijdragen aan positieve beeldvorming van de sector voor zowel patiënten/cliënten, professionals, organisatie en daarmee ook voor de samenleving.

Wanneer aanpassingen nodig lijken te zijn of knelpunten opgelost moeten worden, beschrijft dit Kwaliteitskader in het implementatie- en onderhoudsplan de specifieke opdrachten (zoals het opstellen van specifieke plannen van aanpak) die gegeven moeten worden om met elkaar een oplossing te vinden voor geconstateerde knelpunten. Het daadwerkelijk oplossen van de knelpunten valt buiten de scope van de ontwikkeling van het Kwaliteitskader Forensische Zorg. Zoals eerder beschreven is inmiddels een doorontwikkelagenda geschreven alsmede een ambitieplan.

8.1 Eigenaarschap van het Kwaliteitskader Forensische Zorg

Het eigenaarschap van het Kwaliteitskader is belegd bij het Bestuurlijk Overleg Forensische Zorg[41] (BO FZ). Hierin zijn alle partijen die bestuurlijk opdracht hebben gegeven voor de ontwikkeling van dit kader vertegenwoordigd. Inhoudelijk is op deze wijze ook een link gelegd naar andere elementen die spelen binnen de Forensische Zorg, zodat te nemen besluiten altijd in samenhang bekeken kunnen worden. De eigenaar heeft een faciliterend rol als coördinator van het implementatieproces. Daarnaast heeft de eigenaar een belangrijke rol richting het actief betrekken van andere stakeholders en is de eigenaar verantwoordelijk voor het uitvoeren van de evaluaties van dit Kwaliteitskader (zie bijlage 4).

8.2 Beheerorganisatie

Om de eigenaren te ondersteunen bij hun verantwoordelijkheid wordt een beheerorganisatie aangesteld. De beheerorganisatie van het Kwaliteitskader FZ is een onafhankelijke partij die verantwoordelijk is voor het beheer, onderhoud en positionering van het Kwaliteitskader FZ. Daarnaast is zij verantwoordelijk voor de regievoering op het uitvoeren van de implementatieplannen (doorontwikkelagenda) en communicatie over het Kwaliteitskader FZ aan het veld en aan de betrokken partijen. Deze regievoering is altijd sectorbreed en zet níet in op het volgen van de implementatie per organisatie (rapportage op voortgang vindt daarmee plaats op aggregatieniveau en niet op individueel instellingsniveau).

[41] Opgericht per 1 januari 2021.

De beheerorganisatie legt verantwoording af aan het BO FZ. Daarmee is naast het beheren ook programmamanagement een belangrijk onderdeel van het takenpakket van de beheerorganisatie.

8.3 Implementatie en programma voor de sector

Het Kwaliteitskader kent een implementatieperiode van zes jaar die loopt van 1 oktober 2022 tot en met 2028. In bijlage 4 is de implementatie en het onderhoud verder uitgewerkt. Omdat het onderliggende Kwaliteitskader nieuw is binnen de Forensische Zorg, is de inschatting gemaakt dat de sector ongeveer zes jaar nodig heeft om toe te groeien naar volledig handelen volgens het Kwaliteitskader Forensische Zorg. Daarbij is voor een trapsgewijs groeimodel gekozen.

Voor de kwaliteitsaspecten zoals genoemd in paragrafen 1 en 2 van hoofdstuk 3 t/m 7 geldt dat deze van toepassing zijn voor organisaties die Forensische Zorg aanbieden. Een deel van de beschreven kwaliteitsaspecten is reeds bestaand beleid (zie bijlage 6), waaraan organisaties al moeten voldoen. Voor de overige kwaliteitsaspecten geldt dat organisaties een meerjarenplan opstellen om toe te werken naar het voldoen aan deze aspecten. Uiterlijk 31 december 2028 voldoen zij aan de gestelde kwaliteitsaspecten. Uitzondering hierop zijn de kwaliteitsaspecten zoals genoemd in pijler 5, de termijnen die daarvoor gelden staan benoemd in het kwaliteitsaspect. Verder geldt dat het Kwaliteitskader vanaf 1 januari 2023 gebruikt wordt bij de inkoop.

Voor het programma voor de sector zoals genoemd in paragrafen 3 van hoofdstuk 3 t/m 7 geldt dat deze voor groot deel randvoorwaardelijk zijn voor implementatie van de kwaliteitsaspecten bij organisaties die Forensische Zorg aanbieden. Plannen hiervoor zijn verwerkt in de doorontwikkelagenda. In het implementatie- en onderhoudsplan in bijlage 4 is te lezen hoe deze openstaande onderdelen gemonitord worden.

8.4 Onderhoud van het Kwaliteitskader Forensische Zorg

Het Kwaliteitskader Forensische Zorg is in ieder geval geldig van 1 oktober 2022 tot en met 2028, met de intentie om het gebruik van het kader na die periode door te zetten. Het onderhoudsplan van het Kwaliteitskader is uitgewerkt in 2021 en 2022 aan de hand van uitkomsten van de eerste procesevaluatie met de eigenaar van het Kwaliteitskader. Ter ondersteuning van de sector bij implementatie is een doorontwikkelagenda vastgesteld door de eigenaren van het Kwaliteitskader (zie bijlage 4). In Q3 van 2024 en in Q3 van 2026 vinden vervolgens zowel inhoudelijke als procesmatige tussenevaluaties plaats en in Q4 van 2028 vindt de eindevaluatie van het Kwaliteitskader plaats. Onderwerpen binnen de evaluatie zijn:

- Worden de doelen zoals benoemd in het Kwaliteitskader binnen de sector behaald?
- Past de ontwikkeling nog binnen het tijdpad zoals beschreven in het implementatie- en onderhoudsplan?
- Wat zijn de kritische succesfactoren geweest van de afgelopen periode en hoe borgen we dat de aankomende periode?
- Zijn beschrijvingen en doelen nog voldoende actueel en passend?
- Geeft het meetinstrument zoals beschreven in pijler 5 (het kwaliteitsverslag) een compleet beeld van de ontwikkeling van het Kwaliteitskader Forensische Zorg binnen de sector?

8.5 Ambities voor ontwikkeling

Al eerder is in dit document beschreven dat bij de ontwikkeling van het kader vanuit de sector ideeën en wensen zijn neergelegd om de Forensische Zorg verder te ontwikkelen. Deze richten zich enerzijds op de doorontwikkeling binnen de huidige (smalle) scope van het Kwaliteitskader. Anderzijds is de hoop en verwachting uitgesproken om de scope op termijn te kunnen uitbreiden richting de beschreven brede scope. Afgaande op zorginhoudelijke aspecten wordt in de praktijk namelijk ook Forensische Zorg geleverd zonder dat er sprake is van een strafrechtelijke titel. Onderstaand een opsomming van de ambities welke verder zijn uitgewerkt in het reeds benoemde ambitieplan:

- Uitbreiding van de reikwijdte van dit Kwaliteitskader naar de brede scope:
  - In de praktijk leveren organisaties die Forensische Zorg aanbieden ook zorg aan patiënten/cliënten zonder strafrechtelijke titel. Inhoudelijk gaat het dan om soortgelijke problematiek als bij personen met een strafrechtelijke titel. Dit is bijvoorbeeld van belang voor de doelgroep personen met verward gedrag en een hoog veiligheidsrisico, waarvoor zorg met 'forensische kenmerken' nodig is om hen en hun omgeving te beschermen en zo te voorkomen dat ze met justitie in aanraking komen. Forensische Zorg wordt dan geboden vanuit een andere financiële titel en patiënten/cliënten stromen door, bijvoorbeeld naar het sociaal domein en de Wlz. De wens is uitgesproken om te onderzoeken hoe ook deze Forensische Zorg (zonder strafrechtelijke titel) af te stemmen op het Kwaliteitskader Forensische Zorg, rekening houdend met andere geldende Kwaliteitskaders.
  - Jeugdigen binnen de Forensische Zorg.
- Goede en zorgvuldige aansluiting tussen de Forensische Zorg en andere typen zorg waarbij het zorgtraject van de patiënt/cliënt centraal staat. Forensische patiënten/cliënten vervolgen hun traject na afloop van de strafrechtelijke titel vaak in de reguliere zorg, waar de ambulante behandeling en/of begeleiding een belangrijke sleutelpositie heeft. In de reguliere zorg moet wel sprake zijn van een passend aanbod en voldoende mogelijkheden om deze doelgroep te behandelen/begeleiden. Op deze wijze wordt meer toegewerkt naar de zogenaamde "patiënt journey".
- Inzichtelijk maken welke mogelijkheden er zijn met betrekking tot het stopzetten dan wel het versnellen van trajecten van patiënten/cliënten (op- en afschalen). Zo kan het doelmatig zijn om de behandeling/begeleiding (tijdelijk) te stoppen vanwege een gebrek aan motivatie van de patiënt/cliënt en/of wanneer er geen reële ingang voor behandeling/begeleiding is. De patiënt/cliënt kan dan (tijdelijk) ergens anders verblijven en de behandeling/begeleiding voortzetten wanneer hij daartoe gemotiveerd is en/of wanneer er een ingang voor behandeling/begeleiding is. Dit heeft ook gunstige effecten voor andere patiënten/cliënten die nu hinder ondervinden van ongemotiveerde en/of (tijdelijk) onbehandelbare mede patiënten/cliënten. Daarnaast is het zonde om de beperkte financiële en personele middelen te spenderen aan behandelingen/begeleidingen die hoogstwaarschijnlijk niet tot verbetering leiden. Wellicht verkleint dit ook de wachtlijsten, zodat patiënten/cliënten die wel kunnen profiteren van behandeling/begeleiding dit eerder kunnen krijgen. Hierbij wordt aansluiting gezocht met de ontwikkelingen die spelen binnen de langdurige Forensische Zorg. Daarnaast zou de mogelijkheid ook moeten bestaan om behandeling/begeleiding van goed gemotiveerde patiënten/cliënten in de praktijk wellicht soms sneller te laten verlopen dan nu het geval is.
- Zorgvuldig kunnen inschatten in de praktijk welke patiënten/cliënten baat hebben bij Forensische Zorg en welke personen beter in de reguliere ggz behandeld kunnen worden.

Uiteraard kunnen vanuit de geplande evaluaties van het Kwaliteitskader de ambities veranderen en ook ontwikkelingen in het veld en wetenschappelijk onderzoek kunnen tot nieuwe inzichten leiden. De ambitieparagraaf pretendeert dan ook niet volledig te zijn, maar genoemde onderwerpen zijn bij de ontwikkeling van het dit kader in ieder geval benoemd. Bovenstaande onderwerpen zijn in 2021 in twee ambitiewerkgroepen verder uitgewerkt.

Het resultaat daarvan is een Ambitieplan Kwaliteitskader FZ (zie ook bijlage 4) welke is vastgesteld door de eigenaren van het Kwaliteitskader. Prioritering in de tijd dient nog plaats te vinden.

8.6 Mogelijke financiële gevolgen bij implementatie van het Kwaliteitskader

Op basis van dit Kwaliteitskader is een werkgroep Bekostiging ingericht met een representatieve afvaardiging van de verschillende partijen. Deze werkgroep heeft onderzocht of bij de beschreven kwaliteitsaspecten mogelijk een financiële impact (zowel positief als negatief) voorzien wordt.
De werkgroep heeft haar werkzaamheden in 2021 afgerond. Na vaststelling van de uitgevoerde berekeningen door de eigenaren van het Kwaliteitskader FZ is deze vervolgens gebruikt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om een doorrekening uit te voeren. Op basis van de berekende financiële impact is een budgetaanvraag voorgelegd aan de Minister voor Rechtsbescherming. Deze heeft in juni 2022 besloten het macrobudget stapsgewijs te verhogen om daarmee het behalen van de doelen van het Kwaliteitskader FZ te ondersteunen.

Bijlage 1. De Forensische Zorg in Nederland

Forensische Zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg dat onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel. Forensische zorg beweegt zich op het snijvlak van twee werelden, die van het strafrecht en die van de zorg[42].

Doel Forensische Zorg

Het hoofddoel van de Forensische Zorg is het vergroten van de veiligheid van de maatschappij door het voorkomen van recidive. Dit wordt gedaan door het behandelen/begeleiden van de patiënten/cliënten welke erop gericht is het psychisch en/of sociaal functioneren van de patiënten/cliënten te verbeteren en daarmee het verminderen van recidive te realiseren. Het beoogde resultaat hierbij is dat patiënten/cliënten (weer) zo goed mogelijk kunnen functioneren in de maatschappij en niet terugvallen in strafbaar gedrag. Dat doet de sector door het verkleinen van de risicofactoren in combinatie met het bieden van persoonsgerichte zorg en door gedrag waar nodig te begrenzen. Daarnaast werkt de sector aan het versterken van beschermende factoren met als verwachting dat dit bijdraagt aan vermindering van recidive. Dit uit zich in een drieledige verwachting:

1. De patiënt/cliënt met de verwachting van herstel indien nodig en waar mogelijk.
2. De verwachting vanuit de professional dat deze veilige en zinvolle zorg levert.
3. De maatschappij die verwacht dat Forensische Zorg leidt tot vermindering van recidive en daarmee bijdraagt aan het vergroten van de veiligheid.

Door behandeling en begeleiding in combinatie met de juiste veiligheidsaspecten (fysiek en relationeel) wordt aan herstel en veiligheid gewerkt. Voorspelbaarheid, verbinding, continuïteit en waar mogelijk vertrouwen en hechting, dragen bij aan herstel van de patiënten/cliënten en het vertrouwen in een succesvolle inbedding in de maatschappij en of een passend zorgtraject buiten de Forensische Zorg. Goede samenwerking en een zorgvuldige overdracht van patiënt-/cliëntgegevens tussen de organisaties die Forensische Zorg aanbieden, vormen hierbij belangrijke voorwaarden. Samenwerking in de keten helpt ook bij het effectief werken aan een veilige terugkeer naar of een passende deelname aan de samenleving van patiënten/cliënten, eventueel met ondersteuning van de reguliere zorg. Het Kwaliteitskader biedt tevens handvatten voor eenieder die Forensische Zorg ontvangt.

Voor wie is de Forensische Zorg bedoeld?

Forensische Zorg is bedoeld voor personen die door strafbaar gedrag in aanraking met Justitie gekomen zijn, waarbij de inschatting is dat dit (tenminste deels) voortkomt uit een psychische/psychiatrische stoornis en/of verslavingsproblematiek en/of een verstandelijke beperking. Door een combinatie van de aanwezige stoornis(sen) in samenhang met andere risicofactoren hebben patiënten/cliënten, in ieder geval tijdelijk, een noodzaak tot ondersteuning binnen een forensisch traject. De combinatie van behandeling en/of begeleiding en het leren door ervaren, beoogt de patiënt/cliënt voldoende handvatten te bieden om het grensoverschrijdend gedrag tijdig te signaleren en een halt toe te roepen.

Organisatie van de Forensische Zorg in Nederland

De minister voor Rechtsbescherming is verantwoordelijk voor de tenuitvoerlegging van de Forensische Zorg. Namens de minister voert DJI deze taak uit. In de Wet Forensische Zorg (Wfz) is vastgelegd dat DJI de Forensische Zorg inkoopt (artikel 4.1 Wfz).

Organisaties die Forensische Zorg aanbieden

In de contractperiode waarin deze versie van het Kwaliteitskader is opgesteld (2020) heeft DJI met 190 organisaties contracten afgesloten.

[42] Bron: https://www.forensischezorg.nl/introductie/keten-forensische-zorg/forensische-zorg-in-de-praktijk.

Organisaties kunnen werkzaam zijn in één, twee of alle drie de beschreven settings. Tabel 1 laat zien hoeveel organisaties per setting werkzaam zijn. Doordat organisaties in meerdere settings werkzaam kunnen zijn, telt het op tot meer dan 190.

Settings binnen de Forensische Zorg	Aantal organisaties (2020)
Klinische zorg	34
Ambulante behandeling en begeleiding	50
Verblijfszorg	174

Tabel 1. Aantal organisaties binnen de Forensische Zorg

Organisaties die klinische zorg en ambulante zorg aanbieden, zijn meestal ook in beide settings werkzaam. In de setting verblijfszorg zitten de meeste organisaties die in één setting werkzaam zijn. Het merendeel van de gecontracteerde organisaties zijn particuliere instellingen. Er zijn daarnaast rijks FPC's, een rijkscentrum voor transculturele psychiatrie (CTP) en vier rijks PPC's waar DJI zorg inkoopt (inbesteding).

DJI - ForZo/JJI
De minister van Justitie en Veiligheid is verantwoordelijk voor het stelsel Forensische Zorg. De beleidsverantwoordelijkheid is belegd bij de Directie Sancties en Jeugd van het Directoraat-Generaal Straffen en Beschermen. De uitvoeringsverantwoordelijkheid is belegd bij DJI. Binnen DJI is de ForZo/JJI belast met de ketenregie en verantwoordelijk voor de inkoop en de financiering van Forensische Zorg. De Divisie Individuele Zaken is verantwoordelijk voor de plaatsingen. Als ketenregisseur Forensische Zorg heeft ForZo/JJI daartoe de volgende taken:

- De verantwoordelijkheid voor het inkoopbeleid (voldoende en kwalitatief goede zorg) en het daarbij behorende budget;
- Bekostigen van gecontracteerde organisaties voor geleverde zorg en behandeling;
- Het beheren van de informatiesystemen: Informatievoorziening Forensische Zorg, Facturatie Controle Systeem;
- De kwaliteitsbewaking Forensische Zorg (onder andere middels het uitvragen van de prestatie-indicatoren forensische psychiatrie)[43].

Samenwerkingsverbanden
Organisaties in de Forensische Zorg werken op meerdere manieren met elkaar samen.
Veel organisaties zijn via hun brancheverenigingen, mits ze daar lid van zijn, vertegenwoordigd in het Forensisch Netwerk. Daarnaast zijn alle organisaties die de tbs-maatregel ten uitvoer leggen, vertegenwoordigd in TBS Nederland. Andere organisaties werken met elkaar samen in het OFZ-beraad. Naast deze samenwerkingsverbanden zijn er Kwaliteitsnetwerken waarin organisaties samenwerken aan het verbeteren van de kwaliteit, onder andere door bij elkaar 'in de keuken te kijken' en wordt er samengewerkt in het poliplatform Forensische Zorg.

Toezicht
Er zijn twee rijksinspecties die belast zijn met het toezicht op de Forensische Zorg: de Inspectie Justitie en Veiligheid (IJenV) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De IJenV houdt toezicht op de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen. De IGJ houdt toezicht op de zorgverlening. De inspecties voeren hun toezicht zowel afzonderlijk als in gezamenlijkheid uit. De inspecties voeren in het kader van hun toezicht periodiek onderzoek uit naar de Forensische Zorg. Onderzoeken kunnen gericht zijn op incidenten, calamiteiten of bijzondere voorvallen of op bredere thema's.

[43] Bron: Handboek Forensische Zorg, Editie 5, september 2019.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is de onafhankelijke 'marktmeester' in de gehele zorg (met uitzondering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet en Participatiewet), waaronder de Forensische Zorg. Dat betekent dat de NZa toezicht houdt op de zorg voor wat betreft de betaalbaarheid en toegankelijkheid.

In dat kader is de NZa ook verantwoordelijk voor de bekostigingssystematiek en het daarbij jaarlijks vaststellen van de maximale tarieven voor de verschillende prestaties. Daarbij geldt dat DJI prijzen mag hanteren tussen € 0,- en het maximumtarief. In een aantal gevallen mag tot 10% boven dit maximumtarief betaald worden.

Andere relevante organisaties
Naast bovengenoemde partijen zijn er meer organisaties die een rol vervullen in het stelsel.
De reclassering heeft drie kerntaken: advies, toezicht en werkstraffen. De reclassering adviseert DJI, het Openbaar Ministerie (OM) en de rechtspraak over de op te leggen straf of maatregel. Daarbij kan de reclassering adviseren een vorm van Forensische Zorg op te leggen. Als Forensische Zorg als bijzondere voorwaarde wordt opgelegd, houdt de reclassering toezicht op de naleving van deze en eventueel andere opgelegde voorwaarden. Bij de tbs-maatregel begint de reclassering met toezicht houden voor aanvang van de voorwaardelijke beëindiging. In de praktijk werkt de reclassering samen met organisatie die Forensische Zorg aanbiedt in een driehoeksrelatie met de patiënt/cliënt. De reclassering is daarbij verantwoordelijk voor het rapporteren over de voortgang aan het OM en, indien de patiënt/cliënt een voorwaarde overtreedt, het OM te adviseren (een deel van) het voorwaardelijk strafdeel ten uitvoer te leggen dan wel de voorwaardelijke beëindiging om te laten zetten in tbs met dwangverpleging.

Het NIFP is een belangrijk onderdeel van DJI voor de Forensische Zorg. Het NIFP spant zich in voor deskundigheidsbevordering, onder meer door wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast is het NIFP verantwoordelijk voor zorg tijdens detentie. Een directere relatie met de Forensische Zorg zit in het indiceren: het NIFP indiceert alle klinische zorg. Tot slot is het NIFP ook verantwoordelijk voor de Pro Justitia rapportages ten behoeve van rechtszittingen.[44]

Het EFP brengt de kennis en kunde van wetenschappers, professionals en bestuurders binnen het veld van de Forensische Zorg bij elkaar. Het doel van het EFP is om de wetenschappelijke onderbouwing in de Forensische Zorg te ondersteunen. Het EFP doet dit onder andere middels het uitvoeren van het projectmanagement van landelijke projecten zoals de kwaliteitsnetwerken en door bijeenkomsten te organiseren ter bevordering van kennisdeling. Ook verzorgt het EFP de projectcoördinatie van KFZ. Binnen dit programma worden projecten uitgezet voor wetenschappelijk onderzoek en voor de ontwikkeling van richtlijnen en handleidingen.

Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) is het onafhankelijke kennis- en onderzoeksinstituut voor vragen van het ministerie van Justitie en Veiligheid en daarmee ook voor de Forensische Zorg. Jaarlijks publiceert het WODC vele onderzoeken, vertaalt de bevindingen naar beleid en adviseert middels onderzoek de Forensische Zorg, politici, professionals, burgers en de media. Het WODC levert daarmee de feiten en wetenschappelijke basis voor een veiligere en rechtvaardigere samenleving. Voor de Forensische Zorg is de recidive monitor, die sinds meer dan 30 jaar bestaat, een erkende en gewaardeerde methodiek om de effectiviteit van de forensische zorg te evalueren.

Tot slot spelen de brancheorganisaties en beroepsorganisaties een belangrijke rol, onder andere in de communicatie tussen de organisaties en landelijke diensten zoals DJI, het ministerie en de NZa.

[44] Zie www.nifp.nl.

Er zijn drie brancheorganisaties en vier gezaghebbende beroepsorganisaties:

- De Nederlandse ggz vertegenwoordigt organisaties die geestelijke gezondheidszorg aanbieden.
- Valente vertegenwoordigt organisaties die maatschappelijke opvang en beschermd wonen aanbieden.
- De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) vertegenwoordigt organisaties die zich richten op verstandelijk gehandicapten als doelgroep.
- De vier gezaghebbende beroepsgroepen zijn de psychiaters georganiseerd in de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP), de psychologen (NIP), de verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten ggz (V&VN) en de professionals in sociaal werk (BPSW).

Het forensische zorgstelsel bezien vanuit de patiënt/cliënt

De Forensische Zorg in Nederland is onderdeel van het forensische zorgstelsel. Het forensische zorgstelsel begint op het moment waarop een persoon in aanraking komt met Justitie vanwege (een verdenking van) een strafbaar feit waarbij mogelijk sprake is van een psychische- of ontwikkelingsstoornis. Vanaf dat moment kan Forensische Zorg ingezet worden, of kan iemand worden geplaatst in een PPC, ook als er nog geen veroordeling is. Daarnaast kan Forensische Zorg ook geleverd worden in een regulier huis van bewaring.

Vervolgens kan in opdracht van de rechter of de officier van justitie een onderzoek naar de verdachte plaatsvinden op het gebied van de persoonlijkheid, de omstandigheden, relaties, risicofactoren, et cetera. Eén van de reclasseringsorganisaties en/of het NIFP voert dit onderzoek uit en komt met een advies aan het Openbaar Ministerie (OM) en/of de rechter (ZM).

Onderzoeken door het NIFP zijn Pro Justitia rapportages waarin wordt onderzocht of er sprake is van een stoornis ten tijde van het gepleegde delict en of er een verband is tussen deze stoornis en het delict. Tijdens de zitting wordt vervolgens door de rechter het vonnis bepaald[45]. Een rechter kan in een vonnis naast een straf, ook een bepaalde vorm van (verplichte) zorg opleggen. Dit is, met uitzondering van tbs met dwangverpleging, altijd in combinatie met toezicht vanuit de reclassering. De reclassering is daarbij verantwoordelijk voor de uitvoering van de bijzondere voorwaarden en terugkoppeling hierover aan het OM. Daarnaast is het ook nog mogelijk dat tot plaatsing in de Forensische Zorg wordt overgegaan middels artikel 15.5 of 43.3 (Pbw). Voornoemde aspecten resulteren in het aanbieden van Forensische Zorg of het opleggen van andere zorg[46]. In aansluiting op het voorgaande is belangrijk om te beseffen dat lang niet alle patiënten/cliënten in detentie hebben gezeten of opgenomen zijn geweest, voordat zij naar de Forensische Zorg worden doorverwezen.

Tot slot bestaat de afsluiting van het traject binnen het forensische zorgstelsel uit ofwel een overdracht aan de reguliere zorg, of een traject wordt geheel afgesloten. Het doel is dat de patiënt/cliënt terugkeert en/of zich weer (goed) weet te handhaven in de samenleving, eventueel met ondersteuning door de reguliere zorg.

De betrokkenen bij ontwikkeling van dit Kwaliteitskader zijn zich ervan bewust dat de praktijk weerbarstiger is dan hiervoor benoemd. Vanuit een behoefte om meer beschermende en beveiligde zorg in te zetten om (ernstige) delicten te voorkomen, komt het steeds vaker voor dat personen zonder straftitel verblijven binnen een forensische setting dan wel op basis van een verwijzing ambulante Forensische Zorg ontvangen. Het gaat dan immers niet langer over de opgelegde straf, maar over het risico op strafbaar gedrag als gevolg van psychische/psychiatrische stoornis, en/of verslavingsproblematiek en/of een verstandelijke beperking. Het verdient de voorkeur om op termijn het Kwaliteitskader te laten gelden voor de hele Forensische Zorg en daarmee toe te werken naar een invulling van de brede definitie.

[45] Dit geldt bij de politierechter. Bij de meervoudige kamer wordt het vonnis binnen 14 dagen uitgesproken.
[46] Zorg opgelegd in het kader van de Wvggz of de Wzd (art. 2.3 Wfz). Deze verplichte zorg valt buiten dit kader.

Juridisch kader

De onderliggende wet voor de Forensische Zorg is de Wfz. Hierin wordt onder meer beschreven wat onder Forensische Zorg verstaan wordt, dat Forensische Zorg wordt ingekocht bij organisaties en hoe indicatiestelling en plaatsing werkt.
Ook beschrijft deze wet de mogelijkheden voor informatiedeling tussen onder meer organisaties die Forensische Zorg aanbieden en is aandacht voor de aansluiting op detentie. De forensische zorgtitel is de bekostigingsgrondslag voor vergoeding door DJI, waarbij de verantwoordelijkheden per titel verschillen. In totaal bestaan 28 titels, waarvan 24 strafrechtelijk, twee vormen van forensisch psychiatrisch toezicht, verdiepingsdiagnostiek en de voorgenomen indicatiestelling van de reclassering.
De forensische zorgtitels[47] zijn in de volgende categorieën in te delen:

- Zorg zonder strafoplegging.
- Tbs met dwangverpleging en Pro Justitia rapportage.
- Zorg als voorwaarde bij beslissing rechter, Openbaar Ministerie of Kroon.
- Zorg in het kader van forensisch psychiatrisch toezicht.
- Zorg in detentie, tijdens tenuitvoerlegging vrijheidsstraf of de Maatregel Inrichting Stelselmatige Daders (ISD-maatregel).
- Diagnostiek.

Naast de Wfz is ook andere wet- en regelgeving van toepassing binnen de Forensische Zorg. De Forensische Zorg komt met inachtneming hiervan tot stand. Belangrijke wetgeving is in ieder geval de Wvggz en de Wzd (zie bijlage 2) voor een toelichting hiervan). Verder is er voor gekozen om in dit Kwaliteitskader geen lijst op te nemen van de verschillende soorten wet- en regelgeving in het kader van de leesbaarheid.

Indeling in de Forensische Zorg

De Forensische Zorg kan worden ingedeeld in settings en segmenten. De verschillende settings zijn: klinische zorg, verblijfszorg en ambulante zorg.
De te onderscheiden segmenten richten zich op de psychische/psychiatrische stoornis, en/of verslavingsproblematiek en/of een verstandelijke beperking. Er is daarbij sprake van geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en/of verstandelijk gehandicaptenzorg (waaronder LVB en SGLVG), hierbij komt dubbele of triple problematiek vaak voor.

Klinische zorg

De klinische zorg betreft behandeling binnen een 24-uurs verblijfssetting, waarbij sprake is van een vrijheidsbenemende of vrijheidsbeperkende omgeving. Binnen deze setting kunnen vier verschillende beveiligingsniveaus gehanteerd worden, namelijk:

- Beveiligingsniveau 1: bijvoorbeeld reguliere GGZ en reguliere verslavingszorg.
- Beveiligingsniveau 2: bijvoorbeeld Forensisch psychiatrische afdeling (FPA) en Forensische verslavingsafdeling (FVA).
- Beveiligingsniveau 3: bijvoorbeeld Forensische psychiatrische kliniek (FPK) en Forensische verslavingskliniek (FVK).
- Beveiligingsniveau 4: FPC en PPC.
- Naast de beveiligingsniveaus zijn er zeven zorgintensiteiten. Dit levert in totaal dus 28 mogelijke combinaties van beveiligingsniveaus en zorgintensiteiten, de zogenoemde bedletters, op.

Verblijfszorg

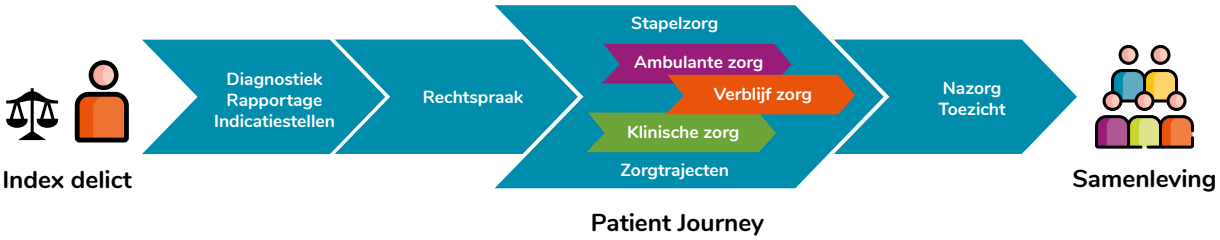
De verblijfszorg (in- of exclusief dagbesteding) betreft zorg waarbij begeleiding wordt geboden in een beschermde woonomgeving en er in principe geen sprake is van vrijheidsbeperkende maatregelen. Dat zijn vooral de forensische Regionale Instellingen Beschermd Wonen (RIBW).

[47] Zie https://www.forensischezorg.nl/introductie/keten-forensische-zorg/forensische-zorgtitels.

Wel is er sprake van toezicht in combinatie met herstel- en krachtgerichte begeleiding waarbij de patiënt/cliënt centraal staat. Verblijf, begeleiding en andere ondersteuning vormen een integraal onderdeel van de zorg.

Ambulante zorg
De ambulante zorg kent verschillende onderdelen, namelijk ambulante behandeling, ambulante begeleiding en dagbesteding. Het kan daarbij gaan om poliklinische zorg en/of ambulante behandeling/begeleiding thuis of op locatie. Er is geen sprake van vrijheidsbeperkende maatregelen vanuit het strafrecht en er is geen sprake van verblijfszorg.

Stapelzorg
Naast de indeling in settings kan zorg ook worden geleverd over de settings heen. Dit wordt stapelzorg genoemd. Een voorbeeld is dat iemand die verblijfszorg ontvangt, eveneens poliklinische behandeling kan ontvangen.



Figuur 2. Schematische weergave van de settings binnen de Forensische Zorg in Nederland

Forensische Zorg Trajecten

DDe meeste patiënten/cliënten in de Forensische Zorg doorlopen verschillende settings. De klinische praktijk en de cijfers laten zien dat een combinatie van zorg in verschillende instellingen (stapelzorg) de regel is. In verschillende informatiesystemen (bijv. OBJD, MITS, IFZO, FCS) worden de gegevens per instelling of organisatie vastgelegd. De wetenschappelijke onderzoekers van WODC hebben een systematiek ontwikkeld om de gegevens uit de verschillende systemen te controleren, te combineren, en te analyseren, met het doel trajecten, kenmerken van de doelgroepen en recidiven te kunnen identificeren.

In het WODC onderzoek van Drieschner[48] werd voor het eerst voor alle forensische patiënten/cliënten, die in de periode 2013 tot en met 2015 uit de Forensische Zorg uitstroomden, de zorgtrajecten gesystematiseerd. In die periode werden 16.071 individuele zorgtrajecten onderscheiden, die door middel van statistische analyses in tien trajecten ingedeeld werden. Hiervan werden acht trajecten onderscheiden op basis van de voorkomende zorgvormen en twee trajecten (de tbs-trajecten) op basis van het strafrechtelijk kader. De tbs trajecten werden apart gerepresenteerd, omdat al sinds meer dan dertig jaar wetenschappelijk onderzoek naar die groep werd gedaan en om de vergelijkbaarheid te garanderen.

[48] Recidive na forensische zorgtrajecten met uitstroom 2013-2015. WODC (2020). K.H. Drieschner, J.M. Hill, G.M. Weijters.

De tien type trajecten kunnen in vijf groepen worden ingedeeld, die in grote lijnen overeenkomen met de settings die in het Kwaliteitskader Forensische Zorg worden gehanteerd, namelijk:

Ambulante Forensische Zorg
1. Alleen ambulante Forensische Zorg in een of meerdere poliklinieken (FPP).
2. Alleen ambulante Forensische Verslavingszorg in een of meerdere poliklinieken (FVP).
3. Ambulante en overige Forensische Zorg die niet nader bekend zijn.

Klinische forensische zorg
4. Intramuraal (klinische zorg), eventueel naast ambulante Forensische Zorg.

Verblijfszorg
5. Intramuraal en/of ambulante Forensische Zorg met Forensische Verblijfzorg.

Detentie met of zonder verblijfzorg
6. Alleen Forensische Zorg tijdens detentie (PPC).
7. Forensische Zorg naast detentie, zonder forensische verblijfzorg.
8. Forensische Verblijfzorg naast detentie, al dan niet Forensische Zorg.

Tbs zorg
9. Tbs met dwangverpleging
10. Tbs met voorwaarden

Jaarstatistieken Forensische Zorg in Nederland

DJI publiceert jaarlijks cijfers over hoeveel patiënten/cliënten zijn behandeld in de Forensische Zorg[49]. De meest recente cijfers komen uit 2019. In dat jaar zijn in totaal 17.021 patiënten behandeld. Van deze totale groep verbleven 1.329 patiënten met een tbs-maatregel in een kliniek (beveiligingsniveau 3 of 4). 1.082 patiënten verbleven met een andere strafrechtelijke titel in een kliniek (beveiligingsniveau 1, 2 of 3). 1.876 patiënten verbleven in een instelling voor beschermd wonen. De meeste patiënten/cliënten (12.734) kregen ambulante zorg (behandeling, begeleiding en/of dagbesteding). In 2019 is op deze manier zo'n 888 miljoen euro besteed aan de Forensische Zorg[50].

De afgelopen jaren is een groei te zien in de instellingen voor beschermd wonen. In 2016 ging het in die setting om 1.147 patiënten/cliënten dus dat is een toename van 60% in drie jaar tijd. Het aantal patiënten/cliënten in de andere twee settings is in dezelfde tijd redelijk stabiel gebleven.

Statistieken doelgroepen

De drie meest voorkomende trajecten zijn: traject 1 (alleen FPP) (N=5965), traject 7 FZ naast detentie (N=4391) en traject 3 (ambulant overige). De twee tbs trajecten 8 en 9 (N=463 en N=107) zijn wat betreft omvang de kleinste. Per zorgtrajecten zijn de gedetailleerde demografische kenmerken, het strafrechtelijk verleden, de kenmerken van het uitgangsdelict en de psychiatrische hoofddiagnose in tabel 2 weergegeven.

[49] Infographic Forensische Zorg. DJI. 2020.
[50] Begroting Ministerie van Justitie en Veiligheid voor het jaar 2021.

FZ-traject Kenmerk	Maatstaf	1. Alleen FPP	2.Alleen FVP	3. Ambulant overige of nnb	4. Intramuraal evt. naast ambulant	5. Intramuraal en/of ambu. & FZ-verblijf	6.Alleen FZ tijdens detentie	7. FZ naast detentie (muv FZ-verblijf)	8. FZ-verblijf	9. Tbs dwangverpleging	10. Tbs met voorwaarden
Aantal patiënten	N (aantal)	5.965	1.094	1.104	498	510	1.050	4.391	889	463	107
Demografische kenmerken											
Geslacht	Mannelijk	86%	91%	87%	88%	87%	93%	93%	94%	93%	93%
Leeftijd bij uitstroom	Gem. (jaren)	37,6	36,9	37,4	38,5	35,5	37,1	36,2	37,1	44	40,3
Geboorteland	Nederland	74%	84%	76%	80%	73%	59%	72%	67%	75%	80%
Strafrechtelijk verleden											
Leeftijd eerste strafzaak	Gem. (jaren)	25,1	21,8	24,5	22,5	20,8	21,8	19,8	19,6	23	25,9
Eerdere strafzaken	Gem. aantal	6,4	9,9	8	11,9	11,5	16,8	18,4	22,9	10,3	7
Eerdere zeer ernstige strafzaken	Gem. aantal	0,5	0,7	0,5	0,8	0,9	1,6	1,5	1,9	1,3	0,9
Eerdere geweld-zaken1	Gem. aantal	1,6	2,1	1,9	2,5	2,4	3,7	3,9	4	2,5	2,3
Eerdere zeden-zaken	Gem. aantal	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,3	0,3
Eerdere vermogen-zaken2	Gem. aantal	2,7	4,4	3,6	6	6,5	9,5	10,8	14,8	5,6	2,5
Eerdere opiumwet-zaken	Gem. aantal	0,3	0,6	0,3	0,5	0,5	0,7	0,8	1	0,3	0,3
Eerdere onvoorw. vrijheids Kenmerken uitgangsdelict	Gem. aantal	1,1	1,7	1,4	2,6	2,6	5,4	5,3	7,1	2,2	1,6
Geweld1	Perc. pat.	47%	42%	35%	41%	40%	13%	40%	40%	67%	53%
Zeden	Perc. pat.	8%	2%	5%	3%	5%	1%	4%	4%	17%	29%
Vermogen2	Perc. pat.	14%	18%	12%	16%	24%	8%	26%	31%	3%	4%
Drugs	Perc. pat.	4%	8%	4%	3%	6%	2%	6%	6%	0%	2%
Overig	Perc. pat.	7%	11%	6%	10%	9%	2%	7%	8%	0%	0%
Onbekend	Perc. pat.	20%	20%	39%	25%	15%	74%	18%	13%	2%	1%
Hoofddiagnose (DSM4)											
Psychotische stoornis	Perc. pat.	2%	1%	3%	19%	9%	39%	12%	12%	28%	24%
Stoornis in middelgebruik	Perc. pat.	15%	85%	28%	56%	50%	13%	42%	54%	n.v.t.	n.v.t.
Seksuele stoornis	Perc. pat.	6%	0%	5%	2%	1%	1%	2%	1%	n.v.t.	n.v.t.
Stoornis in impulscontrole	Perc. pat.	23%	6%	14%	3%	6%	5%	6%	5%	n.v.t.	n.v.t.
Stoornis door misbruik/verw.	Perc. pat.	11%	2%	6%	1%	4%	1%	4%	1%	n.v.t.	n.v.t.
Persoonlijkheidsstoornis	Perc. pat.	23%	3%	22%	10%	16%	18%	22%	18%	72%	77%
Ontwikkelingsstoornis	Perc. pat.	8%	2%	7%	4%	5%	4%	4%	4%	n.v.t.	n.v.t.
Overige stoornis	Perc. pat.		2%	17%	7%	9%	20%	7%	5%	n.v.t.	n.v.t.
Duur FZ-traject											
Zonder FZ en detentie	Gem. (mnd)		21,6	24,1	26,2	28,4	16,2	32,5	40,9	n.v.t.	n.v.t.

Tabel 2. Demografische, strafrechtelijke, uitgangsdelict en stoornissen per type zorgtraject, Bron: WODC rapport 2020-8

De gemiddelde leeftijd bij uitstroom van de patiënten/cliënten in de tien trajecten ligt tussen 35,5 en 44 jaar. In traject 10 (tbs) met voorwaarde waren 80% van de patiënten/cliënten in Nederland geboren, tegen 59% in traject 6 (alleen FZ tijdens detentie). Opvallend is het verschil tussen de trajecten met betrekking het strafrechtelijke verleden. De patiënten/cliënten in traject 8 en 9 hebben het zwaarste crimineel verleden. In alle trajecten zijn geweldsdelicten de meest voorkomende. Voor traject 6 (alleen detentie), is er een beperking. Bij 74% is het uitgangsdelict onbekend. Het percentage patiënten/cliënten met een zedendelict is laag (1% tot 8%) maar voor traject 9 en 10 (tbs) duidelijk hoger (17% en 29%).

Bij de informatie over de psychiatrische diagnosen is een vergelijkbaarheid tussen de trajecten moeilijk, omdat bij traject 9 en 10 alleen psychotische en persoonlijkheidsstoornissen geregistreerd zijn.

Bij traject 2 (alleen FVP), ligt conform de verwachting middelgebruik hoog bij 85% maar doorgaans is stoornis in middelgebruik samen met persoonlijkheidsstoornis de meest voorkomende psychiatrische stoornis. De behandelduur van de trajecten ligt tussen 16 maanden (traject 6 (alleen detentie) en 40 maanden traject 8 (FZ verblijf). De duur van de tbs trajecten ligt bij 100 maanden.

Deze gegevens geven per traject een kwantitatief en objectief beeld van de kenmerken van de patiënten/cliënten en daarmee van de doelgroepen en de segmenten van de Forensische Zorg. De zwaarte van de stoornis en de zwaarte van het justitieel verleden van de patiënten/cliënten varieert aanzienlijk tussen de verschillende trajecten.

Statistieken recidive

De onderzoekers van WODC hebben door middel van een statistische analyse per patiënt/cliënt in de periode twee jaar na uitstroom de recidive geïdentificeerd. Daarbij werden conform de recidive monitor van WODC een onderscheid gemaakt in ernst en aard van de strafzaken. De ernst van een recidive werd ingedeeld in drie categorieën: 1) strafzaken (misdrijven geen overtredingen) die door een patiënt/cliënt gedurende twee jaar na uitstroom tot aangiften en schuldigverklaring door de rechter hebben geleid; 2) zeer ernstige strafzaken met een strafdreiging van acht jaar; meer en 3) tbs-waardige strafzaken waarvoor een tbs-maatregel met een strafdreiging van vier jaar en meer door de rechter opgelegd kan worden.

De aard van een recidive werd ingedeeld in vier categorieën: 1) geweldzaken, 2) zedenzaken, 3) vermogenszaken en 4) drugszaken (zie tabel 3). De indeling kan complex worden, omdat een recidive van een patiënt/cliënt meerdere strafzaken kan omvatten. Voor de beslissing werden de richtlijnen van de recidive monitor toegepast.

FZ-traject Kenmerk	Maatstaf	1. Alleen FPP	2.Alleen FVP	3. Ambulant overige of nnb	4. Intramuraal evt. naast ambulant	5. Intramuraal en/of ambu. & FZ-verblijf	6.Alleen FZ tijdens detentie	7. FZ naast detentie (muv FZ-verblijf)	8. FZ-verblijf	9. Tbs dwangverpleging	10. Tbs met voorwaarden
Aantal patiënten	N (aantal)	5.965	1.094	1.104	498	510	1.050	4.391	889	463	107
Ernst recidief											
Alle strafzaken	Perc. pat.	26,6%	33,9%	26,3%	35,6%	36,9%	51,7%	53,1%	51,2%	18,2%	20,0%
Zeer ernstige strafzaak	Perc. pat.	3,0%	2,3%	2,3%	5,5%	2,8%	11,0%	9,2%	10,6%	4,2%	6,7%
Tbs-waardige strafzaak	Perc. pat.	6,8%	8,3%	6,8%	10,9%	10,5%	21,2%	18,3%	16,9%	8,5%	14,3%
Aard recidief											
Geweld	Perc. pat.	10.0%	12,2%	9,7%	14,8%	13,6%	26,5%	23,6%	21,6%	9,9%	12,4%
Zeden	Perc. pat.	1,1%	0,7%	0,6%	2,0%	0,2%	2,6%	2,0%	1,5%	0,9%	2,8%
Vermogen	Perc. pat.	10,4%	14,9%	11,2%	18,0%	20,1%	31,4%	32,0%	35,6%	6,3%	4,7%
Drugs	Perc. pat.	3,5%	5,2%	2,9%	5,5%	4,4%	5,6%	7,8%	5,3%	2,4%	1,9%

Tabel 3. Percentage recidivisten binnen twee jaar na uitstroom uit een FZ traject.

Het percentage recidiven (alle recidiven inclusief zeer ernstig en tbs-waardig) is het hoogst (51% - 53%) voor de drie trajecten met detentieperioden (traject 6, 7 en 8) en het laagst voor de twee tbs-trajecten. Daartussen liggen de ambulante en klinische trajecten (traject 1, 2, 3, 4 en 5) met 26% tot 37%). Met andere woorden: van de 5.965 patiënten/cliënten die in de ambulante forensische zorg behandeld/begeleid werden, heeft 27% in de periode van twee jaar na ontslag weer een misdrijf begaan, en 3% van de 27% werd veroordeeld voor een zeer ernstige strafdaad. Met betrekking tot de aard van de strafzaak is in alle trajecten, behalve de twee tbs trajecten het vermogensdelict het meest voorkomende (10% tot 36%). Het percentage zedendelicten ligt lager dan 3%.

De recidivecijfers van de tien trajecten worden in de WODC publicatie nader gedetailleerd en geven vele details over bijvoorbeeld voorspellers en risico's op recidive en het beloop na drie en vier jaar. Voor het Kwaliteitskader Forensische Zorg is echter belangrijk dat objectieve statistieken over de effectiviteit van de trajecten beschikbaar zijn en daarmee een uitspraak kan worden gedaan over de outcome kwaliteit. Nota bene de Forensische Zorg is de enige sector van de Geestelijk Gezondheidszorg in Nederland en internationaal, die effectmetingen van de algehele Forensische Zorg gedurende twee jaar naar ontslag wetenschappelijk kan onderbouwen. Dit is voor de eerste doelstelling van de Forensische Zorg, de veiligheid van de samenleving, een overtuigende en belangrijke bevinding. De statistieken over de mate van re-integratie van de patiënten/cliënten, bijvoorbeeld gemeten door de kwaliteit van leven na ontslag, ontbreekt als nog. Dit is nodig om de tweede doelstelling van de Forensische Zorg, re-integratie te objectiveren en vervolgens te evalueren.

Bijlage 2. Samenhang met ontwikkelingen binnen de Forensische Zorg

De Forensische Zorg is een sector die niet stilstaat. Er zijn meerdere ontwikkelingen op verschillende gebieden om de sector steeds te blijven ontwikkelen. Deze bijlage beschrijft de belangrijkste ontwikkelingen die raken aan het Kwaliteitskader. Het is van belang om het Kwaliteitskader in de toekomst te kunnen blijven ontwikkelen door nieuwe inzichten erin te verwerken en door andere projecten af te stemmen met de inhoud van het Kwaliteitskader. Naast deze ontwikkelingen is het noodzakelijk om te beschrijven welke andere kwaliteitskaders, die zijn opgenomen in het Register van het ZiNL, relevant zijn voor de Forensische Zorg. Een aantal organisaties zal namelijk met meerdere kwaliteitskaders te maken hebben.

Programma KFZ

Binnen het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) werkt de Forensische Zorg door onderzoek samen aan het verhogen van de kwaliteit en het verbeteren van de effectiviteit van de behandeling en begeleiding. Bestaande kennis en kunde worden samengebracht en breed gedeeld met het hele veld. Resultaten zijn voor iedereen beschikbaar. Vanaf 2013 is het programma begonnen met het uitzetten van zogeheten calls: onderzoeksthema's waar geïnteresseerden een projectvoorstel voor kunnen indienen. Jaarlijks worden diverse calls ten behoeve van de zorginnovatie toegekend, hetgeen al tot vele producten heeft geleid.[51]

Taskforce Forensische Zorg

De Taskforce Forensische Zorg is in 2018 opgericht om de afspraken die in de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018-2021 zijn gemaakt uit te voeren. De Taskforce richt zich op drie onderwerpen: het verminderen van de administratieve lasten, het verbeteren van de arbeidsmarkt en het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Om de kwaliteit en veiligheid van medewerkers in de Forensische Zorg te vergroten heeft de Taskforce een opleidingsprogramma voor de Forensische Zorg ingericht. Het Programma Forensisch Vakmanschap biedt modules gericht op het verhogen van forensisch vakmanschap, voortbordurend op de e-learning van het KFZ (Forensische Leerlijn). Daarnaast is er een lectoraat Forensische Zorg opgericht.[52]

Programma Forensisch Vakmanschap

Het Programma Forensisch Vakmanschap[53] hangt nauw samen met het Kwaliteitskader Forensische Zorg. Met dit Programma, dat ontwikkeld is in de Taskforce Forensische Zorg, wordt invulling gegeven aan de wens van de sector om in gezamenlijkheid het vereiste niveau van het forensisch vakmanschap vast te stellen en te bereiken. Hiervoor wordt een definitie gegeven van het te bereiken 'einddoel' in de vorm van competenties en leerdoelen. Beoogde resultaten hiervan zijn dat forensische professionals een helder beeld hebben van wat van hen wordt verwacht en dat organisaties scholings- en ontwikkelingsbeleid kunnen inzetten om deze doelen te behalen. De instellingen zetten vervolgens zelf een route uit hoe die doelen bereikt worden. Het Programma Forensisch Vakmanschap ondersteunt daarbij met bruikbare leer- en hulpmiddelen en een platform voor kennisdeling, zodat de zorginstellingen hun zorgprofessionals naar het einddoel kunnen begeleiden en de voortgang en resultaten kunnen monitoren.

---

[51] Zie www.kfz.nl.
[52] Zie www.taskforceforensischezorg.nl.
[53] Zie www.taskforceforensischezorg.nl.

Hierbij worden de volgende thema's van belang geacht, welke tot stand zijn gekomen in samenspraak met het forensische veld (die tevens de basis vormen van de Forensische Leerlijn[54] en het Programma Forensisch Vakmanschap):

1. Introductie: werken in de Forensische Zorg
2. Werk- en Leefklimaat
3. Psychopathologie- en delictrisico
4. Risicotaxatie en risicomanagement
5. Ketensamenwerking
6. Wet- en regelgeving

Hierbij zijn binnen de Forensische Leerlijn tevens thema overstijgende onderwerpen én sectorspecifieke onderwerpen te benoemen zoals respectievelijk Forensische Scherpte en Forensische Zorg binnen Verblijf en Ambulante Forensische Zorg.[55]

Forensische Leerlijn

De Forensische Leerlijn is een online leeromgeving speciaal ontwikkeld voor de forensische sector. De leerlijn helpt instellingen en professionals om op laagdrempelige wijze te werken aan deskundigheidsbevordering door middel van een breed aanbod van e-learning modules. De Forensische Leerlijn bevat momenteel 31 modules, samengesteld door experts en professionals uit verschillende forensische vakgebieden. Ze zijn gebaseerd op de nieuwste inzichten en actuele ontwikkelingen. De modules kunnen een goede voorbereiding of aanvulling vormen op deskundigheidsbevordering, in combinatie met cursussen en trainingen die geboden worden door de eigen instelling. In de Forensische Leerlijn krijgen beginnende én ervaren medewerkers in de Forensische Zorg kosteloos specialistische scholing aangeboden.[56]

Programma Koersen en Kansen

Binnen het programma Koersen en Kansen voor de sanctie-uitvoering slaan professionals uit de zorg, het sociaal domein en justitie de handen ineen om de sanctie-uitvoering te vernieuwen. Zij doen dit in de vorm van innovatieve projecten op lokaal niveau. Op alle mogelijke manieren werken ze aan meer maatwerk in de begeleiding van en het toezicht op plegers van een strafbaar feit. Drijfveer binnen het programma is: minder recidive en een veiligere samenleving met minder criminaliteit, minder slachtoffers en minder overlast. De experimenten leren ons wat in de praktijk werkt en wat niet.
Het programma zorgt ervoor dat deze nieuwe lessen en inzichten toegankelijk worden voor beleidsmakers, uitvoerders, bestuurders en financiers. Ook wil het programma een motor zijn voor blijvende innovatie bij het opleggen en uitvoeren van straffen, om zo ook in de toekomst effectief te kunnen inspelen op maatschappelijke veranderingen.[57]

Relevante kwaliteitsinstrumenten in het Register

Er zijn meerdere kwaliteitsinstrumenten opgenomen in het Register die gebruikt worden binnen de Forensische Zorg. Dat betreft de GGZ Standaarden en de kwaliteitsinstrumenten voor de gehandicaptenzorg.[58]

---

[54] Zie www.forensischeleerlijn.nl.
[55] Zie https://enflow.imgix.net/fd9938a8-0039-4987-aee4-d3773cabfd43/schema-modules-forensische-leerlijn-22.png voor een overzicht van de beschikbare thema's en modules binnen de Forensische Leerlijn.
[56] Zie www.forensischeleerlijn.nl.
[57] Zie www.sanctieuitvoering.nl.
[58] Zie www.zorginzicht.nl.

Wet verplichte ggz

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) regelt de rechten van mensen die te maken hebben met verplichte zorg vanwege een psychische aandoening. De Wvggz geldt voor mensen bij wie een psychische stoornis leidt tot gedrag dat ernstig nadeel veroorzaakt voor henzelf of voor anderen. Als er geen vrijwillige zorg mogelijk is om dat ernstig nadeel weg te nemen, kan de rechter hen verplichte zorg opleggen. Het is een civielrechtelijke maatregel, er hoeft dus geen delict aan ten grondslag te liggen. Wel kan een zogeheten zorgmachtiging ten uitvoer gelegd worden in een forensische zorginstelling. Ook komt het voor dat een zorgmachtiging wordt aangevraagd aansluitend op de strafrechtelijke titel, als ingeschat wordt dat het nog niet verantwoord is om de patiënt vrij te laten.

Wet zorg en dwang

DDe Wet zorg en dwang (Wzd) regelt de rechten bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie). Het uitgangspunt van de Wet zorg en dwang is dat onvrijwillige zorg daarbij niet wordt toegepast, tenzij het niet anders kan. Een patiënt kan aansluitend op de strafrechtelijke titel, of via artikel 2.3 van de Wfz, onder deze Wet worden opgenomen als wordt ingeschat dat de patiënt deze zorg nodig heeft maar dit niet op vrijwillige basis kan.

Ketenveldnorm

Het programma Continuïteit van zorg is in 2015 gestart om de aansluiting in de zorg voor forensische patiënten/cliënten naar de reguliere zorg te verbeteren. Een belangrijke component daarin was de beschikbaarheid van goede zorg voor patiënten/cliënten nadat de strafrechtelijke titel is opgeheven. Maar zeker ook voor patiënten/cliënten die geen delict hebben gepleegd, maar wel Forensische Zorg nodig hebben. Het programma Continuïteit van zorg adviseerde om daartoe regionaal dekkende afspraken te maken met organisaties voor geestelijke gezondheidszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en verslavingszorg, gemeenten en veiligheidspartners om de zorg sluitend te maken.[59] De ketenveldnorm is het resultaat van dit programma en wordt momenteel landelijk geïmplementeerd. De ketenveldnorm legt vast in welke combinatie en samenhang zorg door de verschillende financiers en (zorg-)organisaties moet worden geleverd. Uitgangspunt is dat de begeleiding en behandeling zo licht als mogelijk is, maar dat direct kan worden opgeschaald naar beveiligde, klinische zorg indien de omstandigheden daar om vragen.

Bestuurlijke agenda Forensische Zorg

Op 2 november 2020 hebben het ministerie van Justitie en Veiligheid en de sector Forensische Zorg een bestuurlijke agenda met elkaar vastgesteld. Deze agenda markeert en bevestigt de koers die samen met de sector het afgelopen jaar is ingezet en de komende periode richting zal geven aan een verdere versterking van de Forensische Zorg.[60] Eén van de gezamenlijke doelstellingen die in de agenda is beschreven is het voortdurend streven naar de hoogst mogelijke kwaliteit en professionaliteit van de forensische behandeling.[61] Het Kwaliteitskader wordt hierbij genoemd als een belangrijk instrument om kwaliteit beter te verankeren in het stelsel. Het BO Forensische Zorg zal de komende jaren toezien op de voortgang van gemaakte afspraken.

---

[59] Samen naar betere zorg voor mensen met (potentieel) gevaarlijk gedrag als gevolg van een psychische stoornis en/of een verstandelijke beperking. Ketenveldnorm voor de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg. Juni 2018. Geraadpleegd via www.continuiteitvanzorg.nl.

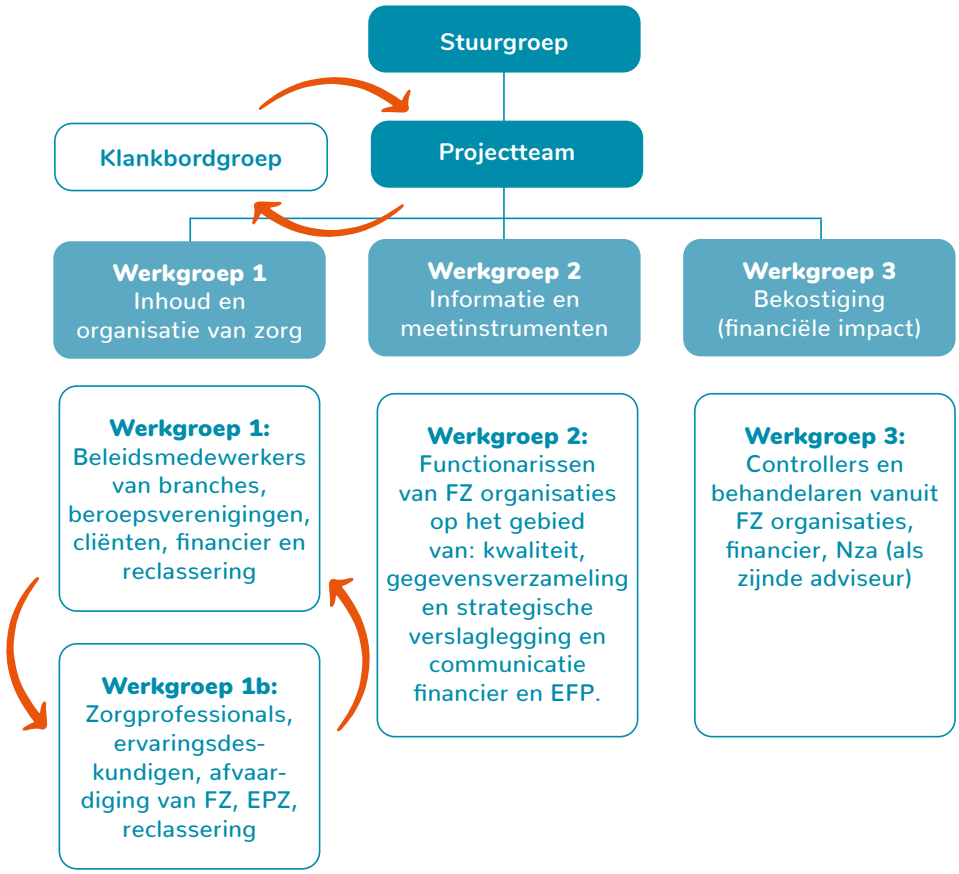
[60] Kamerstuk 33 628, nr. 77.

[61] Kamerstuk 43 698.

Bijlage 3. Aanpak

Het Kwaliteitskader is ontwikkeld door en voor het veld. De procesbegeleiding is verzorgd door Q-Consult Zorg en projectondersteuning is geleverd door het EFP, inhoudelijk expert en het ministerie van JenV. Om tot het Kwaliteitskader te komen zijn de volgende stappen doorlopen (onderstaande stappen zijn niet per se volgtijdelijk):

- **Stap 0:** Inrichten organisatiestructuur. Om te komen tot een gedragen Kwaliteitskader is een passende organisatiestructuur ingericht om dit zoveel mogelijk te ondersteunen. Hieronder is schematisch weergegeven hoe deze organisatiestructuur heeft gefunctioneerd. Namen van betrokken partijen zijn opgenomen aan het einde van deze bijlage.



Figuur 3. Organisatiestructuur ten tijde van het opbouwen van het Kwaliteitskader.

- **Stap 1:** Documentenstudie. Hierbij hebben de betrokken partijen relevante literatuur (waar mogelijk wetenschappelijk onderbouwd) gedeeld met het projectteam. De documentenstudie had tot doel om inzichtelijk te maken welke informatie reeds bekend is rondom goede kwaliteit van de Forensische Zorg en om de witte vlekken in kaart te brengen, zodat inzichtelijk is op welk gebied er ontwikkelruimte bestaat binnen de Forensische Zorg.
- **Stap 2:** Formuleren ambitie en uitgangspunten voor het Kwaliteitskader. Dit is gedaan door werkgroep 1a, bestaande uit branche-, beroeps- en patiënten/cliëntenverenigingen.
- **Stap 3:** Consultatie van wetenschappers. Een enquête is uitgezet onder hoogleraren op het gebied van kwaliteit van zorg en op het gebied van Forensische Zorg, zowel nationaal als internationaal.

- **Stap 4:** Formuleren kwaliteitsaspecten en aandachtspunten voor de sector. Dit is gedaan door werkgroep 1b (bestaande uit een afvaardiging uit organisaties die Forensische Zorg aanbieden). De uitkomsten zijn vervolgens besproken met werkgroep 1a.
- **Stap 5:** Formuleren van het meetinstrument en hoe dit moet worden vastgelegd. Dit is gedaan door werkgroep 2 bestaande uit een afvaardiging van organisaties die Forensische Zorg aanbieden, zorginkopers, beleidsmedewerkers en een betrokkene vanuit de Taskforce Forensische Zorg met als aandachtsgebied administratieve lastenbeheersing.
- **Stap 6:** Opstellen implementatie- en onderhoudsplan. Dit is gedaan door het projectteam in samenwerking met de werkgroepen en stuurgroep.
- **Stap 7:** Borging Kwaliteitskader. Dit is gedaan door input op te vragen vanuit het projectteam aan de betrokkenen op welke wijze het Kwaliteitskader het beste geborgd kan worden ná oplevering aan het Zorginstituut.
- **Stap 8:** Consulteren van de achterban van de indienende partijen en autorisatie van de betrokken bestuurders. Input vanuit de consultatie is verwerkt middels een commentaartabel. Deze versie is vervolgens gedeeld voor autorisatie. Dit is gedaan door de leden van de stuurgroep met ondersteuning waar nodig vanuit het projectteam.
- **Stap 9:** Aanbieden van het Kwaliteitskader aan het Zorginstituut voor opname in het Register. Dit is gedaan door de indienende partijen vanuit de stuurgroep.

Betrokken partijen bij ontwikkeling

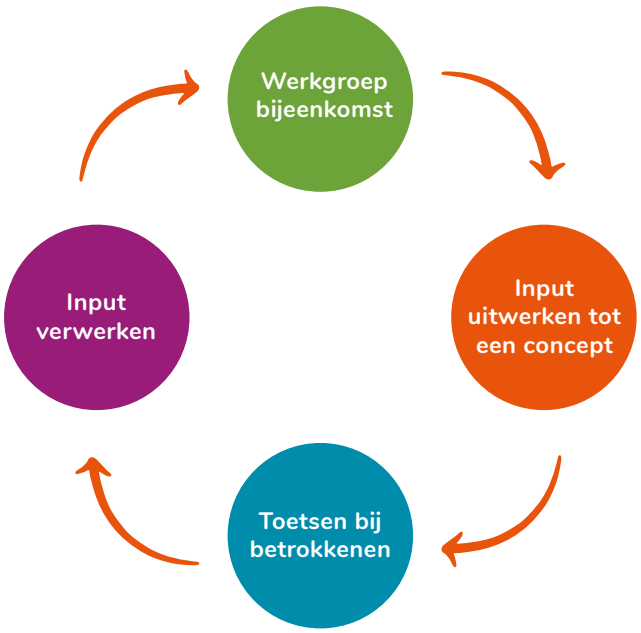
De volgende partijen zijn betrokken geweest bij de ontwikkeling van dit Kwaliteitskader:

- **Stuurgroep:** Beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), De Nederlandse ggz, Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid (MIND), Ministerie van Justitie en Veiligheid (MinJenV), Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Valente en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN).
- **Projectgroep:** EFP, inhoudelijk expert zijnde psycholoog, Ministerie van JenV en Q-Consult Zorg.
- **Werkgroep 1a Inhoud en Organisatie van zorg (beleid):** BPSW, De Nederlandse ggz, DJI, MIND, NIP, NVvP, Reclassering, Valente, VGN, V&VN en het Forensisch Netwerk.
- **Werkgroep 1b Inhoud en Organisatie van zorg (professionals, cliënten (en naasten), organisaties en verzekeraar):** 3RO, De Waag, EFP, Fivoor, Forensische ervaringsdeskundige vanuit FPC de Rooyse Wissel, FPA De Boog, FPC de Van der Hoevenkliniek, FPC de Oostvaarderskliniek, FPK Rotterdam, GGZ NHN, HVO Querido, Ipse de Bruggen, Lentis (FPA), LEVANTOgroep, NIFP, NIP, NovadicKentron, Philadelphia, PPC Vught, SGLVG, de Borg, Transfore, Verslavingszorg Tactus en William Schrikker.
- **Werkgroep 2 Meetinstrumenten & informatieparagraaf:** BPSW, De Waag, CTP Veldzicht, DJI, EFP, Exodus Nederland, Fivoor, FPC de Oostvaarderskliniek, FPC de Rooyse Wissel, Inforsa, Ministerie van Justitie en Veiligheid, Pompestichting, PPC Zwolle/PPC Zaanstad, Trajectum, WODC en Woenselse Poort.
- **Werkgroep 3 Bekostiging:** De Forensische Zorgspecialisten (DFZS), De Nederlandse ggz, DJI, Fivoor, FPC de Rooyse Wissel, FPC de Van der Hoevenkliniek, GGNet, GGZ NHN, Ministerie van Justitie en Veiligheid, NZa en Trajectum.
- **Klankbordgroep:** Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Inspectie Justitie en Veiligheid (IJenV), Reclassering, NIP, expert uit het veld zijnde GZ- psycholoog en behandelcoördinator (FPC Pompestichting).
- **Betrokken partijen ter consultering:** ZiNL, NZa en hoogleraren op het gebied van kwaliteit en Forensische Zorg.

Succesfactor ontwikkeling Kwaliteitskader

Tijdens het opstellen van het Kwaliteitskader heeft continu en kort cyclisch afstemming met het veld plaatsgevonden. Hierdoor bleek in de praktijk dat het kader de juiste aandacht kreeg vanuit alle betrokkenen. De input werd opgehaald uit bijeenkomsten, vervolgens uitgewerkt en getoetst bij de betrokkenen. De feedback werd verwerkt en vormde de input voor de volgende bijeenkomst. Deze werkwijze heeft onder andere geleid tot het volgende:

- Inhoud is volledig geleverd van en door het veld
- Herkenbaarheid voor het veld
- Begrip voor elkaar tussen de settingen is vergroot
- Betrokkenen voelen zich gehoord
- Geen verrassingen tijdens het proces.



Figuur 4. Werkwijze projectteam.

Bijlage 4. Implementatie- en onderhoudsplan

Met het Kwaliteitskader FZ is een stap gezet om de Forensische Zorg verder te ontwikkelen. Het implementatie- en onderhoudsplan beschrijft een realistische opdracht aan de sector, en betreft een verdere uitwerking van hoofdstuk 8. De eigenaren van dit Kwaliteitskader geven de opdracht om tot implementatie en onderhoud over te gaan.

Het Kwaliteitskader FZ is binnen de Forensische Zorg het eerste kwaliteitskader met werking voor de gehele sector en daarom wordt bij de implementatie rekening gehouden met een ingroeimodel. Dat geeft professionals en organisaties werkzaam in de Forensische Zorg tijd en ruimte om hun manier van werken af te stemmen op het Kwaliteitskader. Bij dit ingroeimodel wordt onderscheid gemaakt in drie periodes:

- **Het eerste jaar (1 oktober 2022 tot en met 2023)** wordt gebruikt om het Kwaliteitskader een goede start te geven. In 2021 en 2022 zijn de randvoorwaarden gecreëerd waarmee het gebruik en de implementatie van het kader binnen de sector verder vormgegeven kan worden. Om deze zaken te kunnen realiseren vraagt jaar één uitgebreide ondersteuning en organisatiekracht om de sector te ondersteunen bij implementatie van het Kwaliteitskader FZ.
- **Vanaf jaar twee tot en met zes (2024 tot en met 2028)** vindt verdere implementatie en borging plaats. Onderdelen beschreven in het kader onder de paragrafen ‘programma voor de sector’ worden in deze jaren verder uitgewerkt, waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten bij reeds bestaande structuren en programma’s. Deze plannen zijn voor de eerste vier jaren vastgelegd in de ‘Doorontwikkelagenda Kwaliteitskader Forensische Zorg per pijler’. Verder geven deze jaren organisaties de gelegenheid om te gaan voldoen aan alle beschreven kwaliteitsaspecten. Ook in deze jaren wordt de sector ondersteuning bij implementatie geboden, maar met een lagere intensiteit dan in het eerste jaar. In 2024 en 2026 vinden tussenevaluaties op zowel proces als inhoud plaats van het kader, waarbij de prioriteiten voor de vervolgjaren bepaalde worden.
- **Aan het eind van het zesde jaar (2028)** wordt het Kwaliteitskader FZ geëvalueerd in de eindevaluatie.

Doorontwikkelagenda

ODe doorontwikkelagenda beschrijft de activiteiten die binnen de sector nodig zijn om het Kwaliteitskader Forensische Zorg (FZ) te implementeren. Deze doorontwikkelagenda wordt vormgegeven aan de hand van het programma voor de sector[62] per pijler zoals beschreven in het Kwaliteitskader FZ en worden aanvullende activiteiten beschreven om aanbieders te faciliteren met het implementeren van de kwaliteitsaspecten. Het Bestuurlijk Overleg Forensische Zorg (BO FZ) is eindverantwoordelijk voor de uitvoering van deze agenda en zal de dagelijkse verantwoordelijkheid hiervoor bij de nog aan te wijzen beheerorganisatie neerleggen. De beschrijving in deze doorontwikkelagenda is hiervoor richtinggevend, waarbij partijen tussentijds evalueren en bijsturen.

De doorontwikkelagenda beschrijft niet de activiteiten van aanbieders van FZ welke nodig zijn voor implementatie. Dat is aan de aanbieders van FZ zelf om daar invulling aan te geven, zodat zij dat kunnen afstemmen op de eigen situatie.

[62] In het kwaliteitskaders FZ staan kwaliteitsaspecten vermeld waaraan aanbieders van FZ (op termijn) moeten voldoen. Echter zijn nog niet alle kwaliteitsaspecten haalbaar omdat bijvoorbeeld instrumentarium hiervoor ontbreekt. In het programma voor de sector zijn de randvoorwaarden genoemd die de sector eerst moet realiseren, alvorens aanbieders van FZ volledig aan het Kwaliteitskader kunnen gaan voldoen.

Samenvattend wordt in de doorontwikkelagenda een elftal aanvullende activiteiten voorgesteld om vorm te geven aan het programma voor de sector en aanbieders van FZ te ondersteunen in het vormgeven van de kwaliteitsaspecten:

- Overkoepelende activiteit: Verzamelen van goede voorbeelden en best-practices en deze op één plek vindbaar maken (*ter ondersteuning van de implementatie van alle kwaliteitsaspecten*).
- Activiteit 1.1: Onderzoek naar gebruik bestaande risicotaxatie instrumenten voor doelgroepen waarvoor nog geen gevalideerd instrument is (*ter invulling van programma voor de sector 1.1*).
- Activiteit 1.2: Gemeenschappelijke taal (*ter invulling van programma voor de sector 1.4*).
- Activiteit 1.3: Handreiking kracht- en herstelgericht werken (*ter ondersteuning van de implementatie van kwaliteitsaspect 1*).
- Activiteit 1.4: Meten van het leefklimaat (*ter ondersteuning van de implementatie van kwaliteitsaspect 8*).
- Activiteit 2.1: Maatwerk rondom VOG van ervaringsdeskundigen in de FZ (*ter invulling van programma voor de sector 2.2*).
- Activiteit 2.2: FZ vormgeven in opleidingen en curricula (*ter invulling van programma voor de sector 2.5*).
- Activiteit 2.3: De ontwikkeling van een handreiking ten aanzien van het organiseren van scholings- en opleidingsplaatsen (*ter invulling van programma voor de sector 2.7*).
- Activiteit 4.1: Knelpunten informatie bij indicatie in kaart brengen en warme overdracht realiseren (*ter invulling van programma voor de sector 4.1*).
- Activiteit 4.2: Terugplaatsing buiten de regio van herkomst bovenregionaal organiseren (*ter invulling van programma voor de sector 4.2*).
- Activiteit 4.3: Ondersteunen lerende kwaliteitsketen (*ter invulling van programma voor de sector 4.3*).

De uitgangspunten die gebruikt zijn bij het opstellen van de doorontwikkelagenda zijn:

- De doorontwikkelagenda geeft aan wat nodig is om de kwaliteitsaspecten en het programma voor de sector (zoals beschreven in het Kwaliteitskader FZ) te implementeren. De daadwerkelijke implementatie van de plannen valt buiten de scope van de opdracht.
- De activiteiten in de doorontwikkelagenda zijn sector breed waar mogelijk en specifiek voor bepaalde settings of segmenten waar nodig.
- In de uitwerking van de activiteiten is rekening gehouden met het voorkomen van onnodige extra administratieve lasten.
- De activiteiten sluiten aan bij lopende ontwikkelingen en programma's. Hiermee voorkomen we dubbelingen. Zo sluiten we onder andere aan bij het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.[63]

Ambitieplan Kwaliteitskader FZ

Tijdens de ontwikkeling van het Kwaliteitskader Forensische Zorg (FZ) zijn vanuit verschillende werkgroepen onderwerpen neergelegd om de FZ verder te ontwikkelen. Door de geldende afbakening van het kader en de beperkte doorlooptijd tijdens de ontwikkeling van het Kwaliteitskader FZ is afgesproken om deze onderwerpen als ambities op te nemen en verder uit te werken tijdens de implementatieperiode. De volgende ambities zijn voor de sector in het Kwaliteitskader FZ opgenomen:

1. Uitbreiding van de reikwijdte van het Kwaliteitskader FZ naar de brede scope.
2. Een goede en zorgvuldige aansluiting tussen de Forensische Zorg en andere typen zorg.
3. Het inzichtelijk maken van welke mogelijkheden er zijn met betrekking tot het stopzetten dan wel het versnellen van (individuele)trajecten van patiënten/cliënten (op- en afschalen).
4. Zorgvuldig kunnen inschatten in de praktijk welke patiënten/cliënten baat hebben bij FZ en welke personen beter in de reguliere ggz. behandeld kunnen worden.

[63] Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022. https://www.vgn.nl/documenten/kerndocument-1-kwaliteitskader-2017-2022.

In het door het BO FZ vastgestelde ambitieplan zijn de ambities verder uitgewerkt en wordt per ambitie aangegeven:

1. Scope en inhoudelijke wens.
2. Op hoofdlijnen te zetten stappen nodig om benoemde doelen te realiseren.
3. Een eerste inschatting van de benodigde termijn en wie daarbij betrokken moeten worden.
4. Eventueel aangevuld met relevante ontwikkelingen welke van belang zijn om de ambitie te realiseren.

Het ambitieplan is ter besluitvorming voorgelegd aan het BO FZ en vastgesteld. Na benoeming van de beheerorganisatie wordt het ambitieplan overgedragen aan de beheerorganisatie, die dan verantwoordelijk wordt voor de regie op de uitvoering ervan.

Uitvoering doorontwikkelagenda en ambitieplan door beheerorganisatie

In 2021 is het Kwaliteitskader FZ ontwikkeld en inhoudelijk opgeleverd. Het programmateam vanuit de Ondersteuningsstructuur draagt tot en met Q3 2022 zorg voor de ondersteuning ten behoeve van de eerste stappen van de implementatie en de voorbereiding hierop (onder andere door middel van het opleveren van implementatieplannen van de verschillende pijlers; de doorontwikkelagenda). Ná deze fase wordt het programma, en daarmee ook de doorontwikkelagenda en het ambitieplan, overgedragen aan een beheerorganisatie.

De beheerorganisatie van het Kwaliteitskader FZ is een onafhankelijke partij die verantwoordelijk is voor het beheer, onderhoud en positionering van het Kwaliteitskader FZ. Daarnaast is zij verantwoordelijk voor de regievoering op het uitvoeren van deze doorontwikkelagenda en communicatie[64] over het Kwaliteitskader FZ aan het veld en aan de betrokken partijen. Deze regievoering is altijd sectorbreed en zet níet in op het volgen van de implementatie per organisatie (rapportage op voortgang vindt daarmee plaats op aggregatieniveau en niet op individueel instellingsniveau). De beheerorganisatie legt verantwoording af aan het BO FZ. Daarmee is naast het beheer, ook programmamanagement een belangrijk onderdeel van het takenpakket van de beheerorganisatie. Een voorbeeld van een mogelijke organisatiestructuur is weergegeven in figuur 5.

Figuur 5. Eerste schets organisatiestructuur beheerorganisatie.

[64] Conform het communicatieplan wat separaat aan deze doorontwikkelagenda is opgesteld.

Risico's en beheersmaatregelen

Een implementatietraject kent altijd een aantal risico's. Bij de ontwikkeling van het Kwaliteitskader FZ is daarover nagedacht in combinatie met beheermaatregelen. In de (tussen-)evaluaties wordt de onderstaande tabel en de werking van beheermaatregelen als onderdeel meegenomen.

Risico	Kans[65]	Impact	Risico	Beheersmaatregel
Capaciteitsgebrek binnen de sector ontstaat doordat organisaties het Kwaliteitskader als te belastend ervaren bovenop reeds bestaande kwaliteitskaders en zien af van contractering.	2	4	8	• In het te ontwikkelen plan van aanpak naar aanleiding van de ambitieparagraaf de aanpak voor de continuïteit van zorg prioriteren zodat in- door- en uitstroom geborgd wordt en de juiste partijen hierbij betrokken worden. • In het hele Kwaliteitskader is getracht zoveel mogelijk aan te sluiten op datgene wat er al is. • Stimuleren dat bestaande gecontracteerde organisaties groeien in volume. • Er is bewust gekozen voor een ingroeimodel, waarbij organisaties middels een meerjarenplan toe kunnen groeien naar alle kwaliteitsaspecten eind 2024.
De ***interne capaciteit*** wat betreft kwaliteit en/of kwantiteit voor implementatie ontbreekt binnen organisaties.	2	4	8	• Overleg met inkoper over implementatieplan, en eventueel tijdelijke extra financiële middelen. • Andere financieringsbronnen aanspreken om specialisten te kunnen financieren (bijvoorbeeld door middel van vacatiegelden.
Het Kwaliteitskader komt ***los te staan van andere ontwikkelingen, innovaties en programma's*** in de sector.	1	3	3	• Eigenaar Kwaliteitskader dient scherp te zijn op deze ontwikkeling in het BO Forensische Zorg. • Continu kennisdelen faciliteren middels een gestructureerde aanpak in het onderhoudsplan. • Samenhang in kaart brengen tussen ontwikkelingen, innovaties en programma's (aanzet hiervoor is reeds gedaan bij de ontwikkeling van dit Kwaliteitskader).
De ***dialoog over leren, ontwikkelen en reflecteren verdwijnt te veel naar de achtergrond*** en daarmee wordt het Kwaliteitskader een 'papieren tijger'.	2	5	10	• Eigenaar van het Kwaliteitskader dient hierin het goede voorbeeld te geven. • De eigenaar en de ondersteuningsstructuur van het Kwaliteitskader zorgt voor inspiratie en communicatie naar de sector, zowel op het niveau van professionals, als op het niveau van bestuur en directie. • Inkoop en toezicht zijn zich bewust van het groeimodel en stimuleren het juiste gesprek.

[65] Kans en impact zijn gescoord van 1 (laag) tot 5 (hoog).

Risico	Kans[65]	Impact	Risico	Beheersmaatregel
De uitkomst van de ***inschatting van de financiële impact*** is hoger dan vanuit mogelijke extra financiële middelen kan worden toegezegd.	Nog in te vullen	Nog in te vullen	Nog in te vullen	• Wordt momenteel onderzoek naar gedaan (volgt).
Inkoop wijkt (op onderdelen) af van het Kwaliteitskader wat mogelijk tot verwarring en extra (administratieve) last leidt bij organisaties.	1	3	3	• Eigenaar schaalt op richting DJI door middel van het BO.
De (ervaren) extra administratieve lastendruk wordt als hoog gezien binnen de sector, waardoor ***aarzeling ontstaat om met het Kwaliteitskader aan de slag te gaan.***	3	3	9	• Tijdens afronding van het Kwaliteitskader kritisch onderzoeken wat mogelijk kan komen te vervallen (wat is minimaal nodig). • Partijen binnen de sector aanmoedigen om afstemming te zoeken met het Kwaliteitskader (bijvoorbeeld DJI en toezichthouders). • Tijdens de implementatie aansluiten op lopende trajecten gericht op administratieve lastenverlichting en doelmatigheidsverbetering.
Implementatie van het Kwaliteits-kader werkt alleen als het **bottom up** wordt opgepakt. Een top down benadering zal niet werken.	3	3	9	• Implementatie faciliteren gericht op professionals, mede via de kwaliteitsnetwerken. • Organisaties faciliteren vanuit de ondersteuningsstructuur. • Inkoop als instrument inzetten om implementatie te stimuleren.
De ***inhoud van het kwaliteitskader wordt 'ingehaald' door de praktijk***, bijvoorbeeld door (politieke) wensen naar aanleiding van een incident of nieuwe wetenschappelijke inzichten.	2	5	10	• Tussentijdse evaluatie gebruiken voor mogelijke aanpassingen. • Eigenaar moet voor het kwaliteitskader staan en daaraan vasthouden, ook in moeilijke tijden bijvoorbeeld door middel van het BO.
De aansluiting met andere standaarden, richtlijnen en kaders blijkt in de praktijk nog moeizaam.	2	4	8	• Evaluaties met het veld waar exact de knelpunten zitten. • Samenwerking in de sector om de samenhang beter te borgen. • Tussentijdse evaluatie gebruiken voor mogelijke aanpassingen.

Tabel 4. Risico's en beheersmaatregelen.

Bijlage 5. Afkortingen en begrippen

Afkortingen

3RO	Drie reclasseringsorganisaties, te weten Reclassering Nederland, Stichting verslavingsreclassering GGZ en het Leger des Heils Jeugdbescherming en Reclassering
Akwa GGZ	Alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg
CTP	Centrum voor transculturele psychiatrie
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen; uitvoeringsorganisatie van het ministerie van Justitie en Veiligheid
EFP	Expertisecentrum Forensische Psychiatrie
Forzo/JJI	De Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen, onderdeel van DJI
FPA/FVA	Forensisch Psychiatrische Afdeling / Forensische Verslavingsafdeling
FPC	Forensisch Psychiatrische Centrum
FPK/FVK	Forensisch Psychiatrische Kliniek / Forensische Verslavingskliniek
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IJenV	Inspectie Justitie en Veiligheid
ISD-maatregel	Maatregel Inrichting Stelselmatige Daders
JenV	Ministerie van Justitie en Veiligheid
KFZ	Kwaliteit Forensische Zorg
LVB	Licht Verstandelijke Beperking
MDO	Multidisciplinair overleg
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OFZ	Overige Forensische Zorg
OM	Openbaar Ministerie
Pbw	Penitentiaire beginselenwet
PDCA	PDCA-cyclus: (Plan Do Check Act)
PI	Penitentiaire Inrichting
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RNR	Risk-Need-Responsivity
SG(L)VG	Sterk Gedragsgestoord (Licht) Verstandelijk Gehandicapt
SMART	Specifiek, Meetbaar, Actiegericht, Realistisch, Tijdsgebonden
Tbs	Ter beschikking stelling (art. 37a en 37b Sr)
VOG	Verklaring omtrent gedrag
Wfz	Wet forensische zorg
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
Wvggz	Wet verplichte ggz
Wzd	Wet zorg en dwang
ZiNL	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Begrippen	Toelichting
Begeleiding en Behandeling[66]	**Begeleiding** De functie begeleiding omvat het inslijpen van de in de behandeling aangeleerde houdingen, vaardigheden en gedrag door de toepassing in de woon- en werk-omgeving en, breder, de sociale praktijk. Bij begeleiding gaat het om het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid. De begeleiding heeft haar basis in professionele zorgstandaarden en richtlijnen en vereist een bekwame professional die een stabiele relatie met de cliënt/patiënt kan opbouwen en onderhouden. **Behandeling** Behandeling in de forensische zorg is verbonden met een diagnose die op DSM-classificatie, het indexdelict en de risicotaxatie berust. Het gaat om de aanpak van een psychische stoornis en bijbehorende problemen op verschillende leefgebieden om recidive te voorkomen. Van behandeling is sprake als er verbeterdoelen samen met de patiënt/cliënt zijn geformuleerd, die op een gestructureerde manier op basis van zorgstandaarden en richtlijnen worden nagestreefd, en waarvoor specifieke deskundigheid is vereist. De behandeling is niet alleen gericht op het voorkomen van delictgedrag en het bevorderen van herstel, maar kan ook gericht zijn op stabilisatie en het voorkomen van verslechtering. **Begeleiding en behandeling in de settings** De wijze waarop behandeling en begeleiding worden vormgegeven verschilt per setting. In dit kwaliteitskader wordt de klinische, ambulante, verblijfs- en PPC-setting onderscheiden. • Behandeling en begeleiding in een klinische forensische setting kenmerken zich door de veiligheidsmaatregelen, het leefklimaat op de afdelingen en een breed aanbod aan verschillende typen behandeling en begeleiding. • In de ambulante setting is de situatie van de patiënt/cliënt stabieler en geniet deze meer vrijheden en worden op indicatie diverse vormen van individuele-, groeps- en gezinsbehandeling toegepast. • In de verblijfssetting is alleen sprake van begeleiding door bekwame professionals. Wel kan een verblijf in deze setting gecombineerd worden met ambulante behandeling door externe behandelaars. • Kenmerkend voor de zorg in een penitentiair psychiatrische centra (PPC) is het penitentiair regime en de medisch, psychologische en sociale begeleiding en behandeling en specifieke forensische vormen van zorg.
Beschermende factoren	Elk kenmerk van een persoon, zijn/haar omgeving of zijn/haar situatie die het risico op toekomstig gewelddadig gedrag verkleint.[67]
Beveiligingsniveaus	Binnen de klinische zorg zijn vier beveiligingsniveaus: • BEVEILIGINGSNIVEAU 1: Dit zijn besloten afdelingen in reguliere GGZ-instellingen of reguliere verslavingszorgafdelingen. De patiënten krijgen behalve psychiatrische zorg en behandeling, ondersteuning bij het vinden van werk of een zinvolle dagbesteding. • BEVEILIGINGSNIVEAU 2: In de FPA's/FVA's en klinieken voor SGLVG, worden personen met psychiatrische problematiek behandeld die voor de opname grensoverschrijdend of risicovol gedrag hebben vertoond. Op hetzelfde beveiligingsniveau worden personen met een verslaving behandeld. • BEVEILIGINGSNIVEAU 3: Dit zijn FPK's/FVK's. Er verblijven patiënten met complexe psychiatrische problematiek en of verslavingsproblematiek, die voor hun opname in de kliniek grensoverschrijdend of gevaarlijk gedrag hebben vertoond. Ook hier kunnen reguliere én forensische patiënten met een strafrechtelijke titel worden opgenomen. De klinieken zijn hoog beveiligde omgevingen.

[66] Deze definitie is gebaseerd op die van het Zorginstituut.
[67] De Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y. H. A., de Vries Robbé, M. (2009). SAPROF (Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk). Utrecht, The Netherlands: Van der Hoeven Kliniek, Forum Educatief.

Begrippen	Toelichting
Beveiligingsniveaus ***vervolg***	• BEVEILIGINGSNIVEAU 4: Een FPC (tbs-kliniek) is een maximaal beveiligde kliniek waar patiënten verblijven aan wie de maatregel tbs met verpleging van overheidswege is opgelegd. Het beveiligingsniveau is hoog en de bewegingsvrijheid voor patiënten beperkt.
Bijzondere voorvallen	Uit artikel 2 van de Regeling melding bijzondere voorvallen verpleegden: • gevallen van natuurlijke dood van een verpleegde; • gevallen van suïcide van een verpleegde; • de overige gevallen van onnatuurlijke dood van een verpleegde; • onttrekking van een verpleegde aan het op hem uitgeoefende toezicht vanuit een gesloten gebouw of vanaf een beveiligd terrein; • onttrekking van een verpleegde aan het op hem uitgeoefende toezicht tijdens transport; • onttrekking van een verpleegde aan het op hem uitgeoefende toezicht tijdens begeleid verlof; • ernstige geweldsincidenten in of buiten de inrichting; • elk ander incident in of buiten de inrichting van ernstige, politiek gevoelige of publiciteitsgevoelige aard; • onttrekking aan het op hem uitgeoefende toezicht door een verpleegde uit een niet-gesloten gebouw of vanaf een niet-beveiligd terrein; • niet terugkeren van onbegeleid verlof door een verpleegde.
Calamiteiten	Een calamiteit is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.' (definitie Wkkgz)
Delictanalyse	De delictanalyse is een diagnostisch instrument waarmee in kaart wordt gebracht welke omstandigheden en risicofactoren hebben meegespeeld bij het plegen van een delict.
Ervaringsdeskundigen	Ervaringsdeskundigen in de Forensische Zorg zijn daartoe opgeleide personen met een verleden van delictgedrag samenhangend met een stoornis of een ander relevant herstelverhaal. Ervaringsdeskundigen kunnen een brugfunctie vervullen tussen patiënten/cliënten en professionals en zij kunnen daarin beide perspectieven belichten vanuit hun ervaring en opleiding. Zij zijn als professional verbonden aan de organisatie.
Forensische scherpte[68]	Forensische scherpte is het vermogen, of de vaardigheid, om alle professionele kennis, kennis van de voorgeschiedenis van de cliënt, spelende belangen en (subtiele) signalen te laten samenkomen tot een afweging/beslissing, over dit proces (indien nodig) te communiceren met cliënt en collega's en (indien nodig) ernaar te handelen om het risico op onveilige situaties voor de cliënt, professionals en samenleving te minimaliseren. Een toelichting op de begrippen in deze definitie: Professionele forensische kennis is onder andere kennis over stoornissen, risicofactoren, de forensische context, escalatie en de-escalatie, herstel en ontwikkeling, gepaste omgangsvormen en de dynamiek tussen al deze factoren. De voorgeschiedenis betreft de individuele voorgeschiedenis van de cliënt, de context waarbinnen het risicogedrag (en het delict) zich heeft afgespeeld, de behandeldoelen die hieruit voortvloeien en wat de beperkingen en de mogelijkheden van de cliënt zijn om deze te behalen.
Forensische Zorg	Forensische Zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere strafrechtelijke titel.

[68] Deze definitie komt uit de e-learning module in Forensische Leerlijn en is opgesteld door M. Clercx en P. Schaftenaar (januari 2020).

Begrippen	Toelichting
Forensische zorgtitel	De forensische zorgtitel is de bekostigingsgrondslag voor vergoeding van zorg door het ministerie van Justitie en Veiligheid. Er zijn 28 forensische zorgtitels.
Herstel	Volgens Huber (2011) wordt herstel beschreven als 'Het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven'. Dit uit zich in het vinden van de persoonlijke balans na ervaringen van (heftige) psychische ontwrichting.
Incidenten	Een incident is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en/of veiligheid, en heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de patiënt/cliënt/medewerker/burger.'
Persoonsgerichte zorg	Persoonsgerichte zorg is zorg die is afgestemd op iemand zijn persoonlijke behoeften, wensen en voorkeuren. Bij persoonsgerichte zorg staat de persoon centraal en niet zijn/haar beperking of ziekte.
Professional	De professional in de Forensische Zorg kenmerkt zich door vakkennis, bekwaamheid, bevoegdheid en hoog opleidingsniveau voor de behandeling, begeleiding en zorg van forensische cliënten/patiënten. Hij of zij heeft een bijzondere persoonlijke en sociale competentie om veilig, verantwoord, empathisch en motiverend met cliënten/patiënten met psychische problemen en criminele achtergrond om te gaan. Het spectrum van professionals die in de Forensische Zorg in dienst zijn is breed. Het betreft verpleegkundigen, psychologen, pedagogen, psychiaters, trainers, therapeuten, geestelijke verzorgers, werkmeesters, beveiligers en overige medewerkers met patiënt/cliëntcontact.
Sector, De	Met de sector worden de patiënten/cliënten, professionals en organisaties binnen de Forensische Zorg bedoeld, vertegenwoordigd door de patiënten/cliëntenvertegenwoordiging, beroepsverenigingen en branchepartijen. De sector wordt vertegenwoordigd door de eigenaar van het Kwaliteitskader zoals beschreven in hoofdstuk 8.
Setting	De verschillende settings zijn: Klinische Zorg, Verblijfszorg en Ambulante Behandeling en Ambulante Begeleiding.
Segmenten	In de Forensische Zorg kan onderscheid gemaakt worden in verschillende segmenten. Dit zijn de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg.
Veiligheidsmanagement	Veiligheidsmanagement staat voor het ontwikkelen van veiligheidsmanagement in een forensische organisatie. Het gaat daarbij enerzijds om het identificeren, signaleren en beperken van risico's op delictgedrag bij een patiënt/cliënt (risicomanagement). Anderzijds is veiligheidsmanagement gericht op zorgdragen voor een veilig woon- en werkklimaat binnen een organisatie voor medewerkers, patiënten/cliënten en bezoekers.
Verblijfszorg	Verblijfszorg staat voor Beschermd Wonen.

Bijlage 6. Kwaliteitsaspecten die verplicht zijn vanuit bestaand beleid

Tijdens de ontwikkeling van het Kwaliteitskader Forensische Zorg zijn een aantal kwaliteitsaspecten benoemd die reeds bestaand beleid zijn. Het betreft in ieder geval de volgende kwaliteitsaspecten:

Pijler 1:

- Kwaliteitsaspect 1 (geheel)
- Kwaliteitsaspect 2 (geheel)
- Kwaliteitsaspect 3 (koptekst, 3b en 3c)
- Kwaliteitsaspect 4 (koptekst, 4b en 4e)
- Kwaliteitsaspect 5a

Pijler 2:

- Kwaliteitsaspect 2 (geheel)
- Kwaliteitsaspect 4 (geheel)
- Kwaliteitsaspect 5 (koptekst, 5a, 5b, 5d, 5e, 5f, 5g)
- Kwaliteitsaspect 6 (6c en het deel over scholing in 6b)

Pijler 3:

- Kwaliteitsaspect 2 (koptekst, 2a, 2b, 2c, 2d, 2f, 2g)
- Kwaliteitsaspect 3f
- Kwaliteitsaspect 5a

Pijler 4:

- Kwaliteitsaspect 1 (koptekst,1b, 1e, 1h)

Pijler 5:

- Kwaliteitsaspect 3

Goed om op te merken is dat de precieze verplichtingen kunnen verschillen per setting, segment en type professional. Bovenstaande lijst is daarmee niet uitputtend.

Colofon

Opdrachtgevers

De Nederlandse ggz, Dienst Justitiële Inrichtingen, MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, Ministerie van Justitie en Veiligheid, Nederlands Instituut voor Psychologen, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Valente, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland.

Auteurs

Nienke Bults, Marjolein Schimmel & Jurgen Vos (Q-Consult Zorg)

Projectteam

Inge Koomen & Meike Visser (EFP), Udo Nabitz (expert) en Cedric Furr (Min JenV)

Ontwerp & opmaak

Lucienne Meijer, Leusden (LMcc)

Datum: 31 juli 2022
Status: Definitief
Versie: 1.0

Kwaliteitskader
forensische zorg