



Zorgvraagtypering fz

instructie voor het invullen

Versie oktober 2021



Voor wie is dit document

Dit document is bedoeld voor alle behandelaren die cliënten behandelen die in de settings forensische zorg klinisch en niet-klinisch van het Zorgprestatiemodel vallen en een contract hebben met ForZo/JJI. Deze handreiking bevat een stappenplan op welke manier de zorgvraagtypering forensische zorg (fz) in de praktijk moet worden toegepast per 1 januari 2022.

Totstandkoming zorgvraagtypering fz

In de geestelijke gezondheidszorg is de HONOS+ vragenlijst een belangrijk onderdeel van de zorgvraagtypering van cliënten. Voor de forensische zorg is ervoor gekozen om hiervan af te wijken. Binnen de forensische zorg (strafrechtelijk en civielrechtelijk) is namelijk het verminderen van het delict/recidiverisico leidend bij behandeling met als primaire doel het beschermen van de maatschappij.

Samen met een vertegenwoordiging van het forensische zorgveld is een model voor zorgvraagtypering van fz cliënten ontwikkeld¹ met als doel om de cliënten met de grootste zorgvraag te onderkennen aangezien die waarschijnlijk ook de meeste zorginzet en -kosten met zich meebrengen. Daarbij zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Zoveel mogelijk aansluiten bij de bestaande praktijk in de fz;
- Zo eenvoudig mogelijk: alleen informatie vragen waarvan de voorspellende waarde voor de behandelduur en -intensiteit (inclusief mate van beveiliging) aannemelijk of bewezen is.

Opbouw van de zorgvraagtypering fz

Op basis van bovenstaande uitgangspunten is het model voor zorgvraagtypering fz opgebouwd uit drie dimensies:

- A. Recidiverisico
- B. Ernst van het delict(gedrag)
- C. Exceptionele responsiviteitsproblemen

Het recidiverisico is een centraal onderdeel van de behandeling binnen de fz en daarmee van dit model, aangezien dit iets zegt over de mate van beveiliging die nodig is voor het opstellen en bijstellen van de benodigde behandeling. Alleen het recidiverisico is echter niet voldoende. Om de schaarse middelen (tijd en geld) in te zetten waar dit het meest nodig is, moet ook rekening worden gehouden met de ernst van het delict(gedrag). Dit houdt in dat de (forensische) zorg terecht moet komen bij cliënten met de grootste kans op (herhaling van) een ernstig delict. Tot slot is de duur en intensiteit van de behandeling afhankelijk van de beïnvloedbaarheid/leerbaarheid van de cliënt. Om deze reden is de dimensie exceptionele responsiviteitsproblemen toegevoegd.

Naast de drie dimensies maakt ook de DSM-5 onderdeel uit van zowel de zorgvraagtypering ggz als fz.

Bepalen van de scores

De behandelaar bepaalt de score per dimensie. Op de volgende pagina staan de mogelijke scores per dimensie afgebeeld.

¹ Zie document 'Contouren zorgvraagtypering fz' voor meer informatie:
https://www.forensischezorg.nl/files/contouren_zorgvraagtypering_fz.pdf

Dimensie	Naam	Scores				
A.	Recidiverisico	1	2	3	4	5
B.	Ernst van het delict(gedrag)	minder ernstig (-1)		ernstig (0)	zeer ernstig (+1)	
C.	Exceptionele responsiviteitsproblemen	nee (0)			ja (+1)	

Tabel 1: mogelijke scores per dimensie

Het scoren van deze dimensies gebeurt in 2022 op de manier zoals hieronder staat beschreven.

Recidiverisico

De behandelaar bepaalt het (actuele) recidiverisico met behulp van één van de risicotaxatie-instrumenten die ook vanuit de prestatie-indicatoren zijn voorgeschreven². Bij veroordeling met meerdere delicten wordt uitgegaan van het meest ernstige delict. Om het recidiverisico voor elke cliënt op een vergelijkbare manier vast te leggen, worden alle risicotaxatie-instrumenten gekalibreerd naar een schaal van 1-5. Eind 2021 is deze kalibratie in eerste aanleg voltooid voor de HKT-R en HCR-20³. Dit betekent dat het voor deze instrumenten mogelijk is om de score op de schaal van 1-5 (zie tabel 3, I-V) af te lezen uit de opgeleverde vertaaltabellen³. Voor de overige instrumenten wordt behandelaren verzocht om het gestructureerd professioneel eindoordeel van de kans op recidive weer te geven in één van de categorieën I-V, zie tabel 3, tot de kalibratie voor deze instrumenten in 2022 is afgerond.

Instrument	Manier van invullen 2022
HCR-20 ^{v3} HKT-R SSA	Met behulp van vertaaltabellen
B-SAFER FARE (mogelijk ook afgerond voor 2022) SAVRY SRP START START:AV	Gestructureerd professioneel oordeel

Tabel 2: overzicht van vertaling naar score 1-5 per [risicotaxatie-instrument](#)

De omschrijving van de vijf risicocategorieën biedt voor het gestructureerd professioneel oordeel een handvat. Deze omschrijvingen verschillen voor algemene recidive, geweldsrecidive en zedenrecidive. Als er geen sprake is van een seksueel of geweldsdelict wordt de tabel voor algemene recidive gehanteerd.

² Zie indicatorenengids: [Prestatie-indicatoren forensische psychiatrie | Forensische Zorg](#)

³ Er zullen in ieder geval vertaaltabellen komen voor algemene recidive, geweldsrecidive en zedenrecidive. Op het moment van schrijven zijn de vertaaltabellen nog niet gereed. Zodra deze beschikbaar is worden de tabellen gepubliceerd en dit document aangepast.

Algemene recidive over de komende twee jaar

Level	Risicocategorie	Omschrijving
1	Level I	Plegers in Level I worden beschouwd als laag risico. Deze plegers hebben weinig tot geen identificeerbare criminogene behoeften en als deze er zijn, zijn ze vaak mild of van voorbijgaande aard. Deze plegers beschikken vaak over een pro-sociaal netwerk en hun risico op algemene recidive verschilt weinig van het risico dat een jongvolwassen man een eerste delict pleegt: 2% tot 5% over een periode van twee jaar. Voor deze plegers is geen of weinig behandeling en toezicht nodig, omdat het risico al dermate laag is dat verdere verbetering nauwelijks te bereiken is.
2	Level II	Plegers in Level II worden beschouwd als beneden-gemiddeld risico. Plegers in dit level hebben enkele criminogene behoeften die vaak mild en voorbijgaand van aard zijn of hebben soms acute/incidentele problemen. Ze hebben een kwetsbaar maar pro-sociaal profiel en hebben minimaal toezicht en behandeling nodig. Zonder interventie is het risico van algemene recidive beduidend hoger dan het risico dat een jongvolwassen man een eerste delict pleegt, maar lager dan het risico van de gemiddelde pleger: tussen de 5% en 29% met een gemiddelde van 19% over twee jaar. Als passend toezicht of andere interventies worden geboden, zullen de meeste plegers uit Level II overgaan naar Level I, laag risico.
3	Level III	Plegers in Level III worden beschouwd als gemiddeld risico. Deze plegers hebben vaak meerdere criminogene behoeften die variëren in ernst, waarvan sommige ernstig van aard kunnen zijn. Het risico op algemene recidive van deze groep is gemiddeld en ligt tussen de 30% en 49% over een periode van twee jaar, met een gemiddelde van 40%. Deze plegers hebben zowel toezicht als behandeling nodig, waarbij de interventies meestal een goede impact hebben op het recidiverisico. Met de juiste interventies zullen de meeste plegers uit Level III over gaan naar Level II, beneden-gemiddeld risico.
4	Level IV	Plegers in level IV worden beschouwd als bovengemiddeld risico. Ze hebben meestal meerdere criminogene behoeften, waarvan sommigen chronisch en ernstig. Deze plegers zijn hardnekkige recidivisten en laten vaak chronisch crimineel gedrag zien. Hun algemene recidiverisico binnen twee jaar is hoger dan dat van de meeste plegers en ligt tussen de 50% en 84%, met een gemiddelde van 65%. Ze hebben intensieve behandeling en toezicht nodig. Interventies kunnen veel impact hebben, maar zullen niet snel resulteren in een laag recidiverisico. Met de juiste interventies zullen sommige plegers uit Level IV overgaan naar Level III, gemiddeld risico, en na langere tijd (10 jaar of langer) mogelijk naar Level II, beneden-gemiddeld risico.
5	Level V	Plegers in Level V worden beschouwd als zeer hoog risico. Ze hebben meerdere criminogene behoeften die vaak chronisch, ernstig, en ingesleten zijn en die zich over meerdere facetten verspreiden (psychologisch, interpersoonlijk, leefstijl). Van deze plegers is het criminele profiel ingesleten en het is vrijwel zeker dat ze zullen recidiveren, met recidivepercentages van boven de 85% binnen twee jaar, met een gemiddelde van 90%. Deze groep plegers heeft zeer intensief toezicht en uitgebreide behandeling nodig die meerdere jaren beslaat. Deze interventies kunnen impact hebben, maar dienen zich gezien het hoge risico vooral te richten op motivatie voor behandeling en gedragsregulatie. Enkele plegers uit Level V zullen met de juiste interventies doorstromen naar Level IV, bovengemiddeld risico, of Level III, gemiddeld risico. Bij vergevorderde leeftijd van de pleger kan soms level II, beneden-gemiddeld risico bereikt worden.

Tabel 3: omschrijving van de vijf categorieën van recidiverisico (algemene recidive)

Gewelddadige recidive over de komende vijf jaar

Level	Risicocategorie	Omschrijving
1	Level I	Onderzoek loopt, omschrijving volgt uiterlijk in december. Zodra deze beschikbaar is wordt dit document aangepast.
2	Level II	Onderzoek loopt, omschrijving volgt uiterlijk in december. Zodra deze beschikbaar is wordt dit document aangepast.
3	Level III	Onderzoek loopt, omschrijving volgt uiterlijk in december. Zodra deze beschikbaar is wordt dit document aangepast.
4	Level IV	Onderzoek loopt, omschrijving volgt uiterlijk in december. Zodra deze beschikbaar is wordt dit document aangepast.
5	Level V	Onderzoek loopt, omschrijving volgt uiterlijk in december. Zodra deze beschikbaar is wordt dit document aangepast.

Tabel 4: omschrijving van de vijf categorieën van recidiverisico (geweldsrecidive)

Zedenrecidive over de komende vijf jaar

Level	Risicocategorie	Omschrijving
1	Level I	Plegers in Level I worden beschouwd als laag risico. Als ze criminogene behoeften hebben, zijn dit er waarschijnlijk weinig en/of zijn ze van voorbijgaande aard. Deze plegers hebben vaak aanwijsbare bronnen van prosociale steun en sterke punten op psychologische, interpersoonlijke en leefstijldomeinen. Hun risico op nieuw seksueel delictgedrag verschilt niet van het percentage spontane, eerste zedendelicten onder personen met een niet-seksueel crimineel verleden: ongeveer 2,8% over een periode van 5 jaar. De prognose, gezien het toch al lage verwachte recidivepercentage, is goed. Van de meeste personen in Level I wordt verwacht dat ze afzien van verder crimineel gedrag, ook zonder interventie.
2	Level II	Plegers in Level II worden beschouwd als beneden-gemiddeld risico. De meeste van deze plegers hebben weinig criminogene behoeften en hebben aanwijsbare bronnen van prosociale steun en sterke punten. Wanneer sprake is van matige criminogene behoeften, wordt verwacht dat deze behoeften van voorbijgaande aard zijn en geen ingesleten problemen. Het risico van nieuw seksueel delictgedrag voor plegers in Level II is lager dan de gemiddelde plegers die is veroordeeld voor seksuele delicten, maar ongeveer het dubbele van plegers in Level I: ongeveer 5,3% over een periode van 5 jaar. Verwacht wordt dat de meeste plegers uit Level II zullen overgaan naar Level I, laag risico, als passend toezicht of andere reclasseringsstrategieën worden geboden of als ze 5 jaar delictvrij in de samenleving verblijven.
3	Level III	Plegers in Level III worden beschouwd als gemiddeld risico. Ze hebben vaak meerdere criminogene behoeften - variërend in ernst - op psychologische, interpersoonlijke en leefstijldomeinen. Deze behoeften vormen waarschijnlijk een belemmering voor het effectief benutten van beschikbare prosociale middelen en sterke punten. Het percentage seksuele recidive voor personen in Level III is over het algemeen gelijk aan het gemiddelde percentage zedendelicten in de totale populatie van zedendelinquenten: ongeveer 7,5% over een periode van 5 jaar. Verwacht wordt dat ongeveer de helft van de personen in Level III na voldoende behandeling of positieve levensveranderingen binnen een jaar of twee zal overgaan naar Level II, beneden-gemiddeld risico. Allen zullen uiteindelijk overgaan naar Level II of Level I als ze 10 tot 15 jaar delictvrij in de samenleving verblijven.
4	Level IVa	Plegers in Level IVa worden beschouwd als bovengemiddeld risico. Ze hebben vaak veel criminogene behoeften, waarvan de meeste chronisch en ernstig zijn. Er zijn waarschijnlijk aanzienlijke barrières voor het adequaat gebruik van prosociale middelen en sterke punten. Het percentage seksuele recidive voor personen in Level IVa is ongeveer twee keer het recidivepercentage voor de totale populatie zedendelinquenten: ongeveer 13,6% over een periode van 5 jaar. De prognose is dat veel individuen in Level IVa na voldoende behandeling of positieve levensveranderingen binnen een jaar of twee overgaan naar Level III, gemiddeld risico. De meesten zullen uiteindelijk overgaan naar Level III, na voldoende behandeling, positieve levensveranderingen, of als ze 10 tot 15 jaar delictvrij in de samenleving verblijven.
5	Level IVb	Plegers in niveau IVb worden beschouwd als sterk bovengemiddeld risico. Ze hebben vaak veel criminogene behoeften, waarvan de meeste chronisch en ernstig zijn. Er zijn waarschijnlijk aanzienlijke barrières voor het adequaat gebruik van prosociale middelen en sterke punten. Het recidivepercentage voor plegers in Level IVb is ongeveer drie tot vier keer het gemiddelde recidivepercentage voor de totale populatie zedendelinquenten: ongeveer 26,8% over een periode van 5 jaar. De meeste plegers in Level IVb zullen uiteindelijk overgaan naar Level III na voldoende behandeling, positieve levensveranderingen, of als ze 10 tot 15 jaar delictvrij in de samenleving verblijven.

Tabel 5: omschrijving van de vijf categorieën van recidiverisico (zedenrecidive)

Ernst van het delict(gedrag)

De ernst van het delict(gedrag) is ingedeeld in drie categorieën, te weten minder ernstig, ernstig en zeer ernstig. Hiervoor bestaat een beschrijving van het type delict(gedrag) dat in elke categorie valt. Het streven is om een echte classificatie van de delicten te maken, zodat er een beoordeling komt van het delictpatroon. Dat betekent dat de beoordelaar het (meest ernstige) delict van een patiënt opzoekt in een lijst en dat daar vervolgens de classificatie achter staat.

Score	Categorie	Omschrijving
-1	minder ernstig	Onderzoek loopt, omschrijving volgt uiterlijk in december. Zodra deze beschikbaar is wordt dit document aangepast.
0	ernstig	Onderzoek loopt, omschrijving volgt uiterlijk in december. Zodra deze beschikbaar is wordt dit document aangepast.
+1	zeer ernstig	Onderzoek loopt, omschrijving volgt uiterlijk in december. Zodra deze beschikbaar is wordt dit document aangepast.

Tabel 6: omschrijving van de 3 categorieën van ernst van het delict(gedrag)

Exceptionele responsiviteitsproblemen

De onderbouwing van de omschrijving wat responsiviteit inhoudt is nog in ontwikkeling. In 2022 zal verder worden gewerkt aan een wetenschappelijke onderbouwing van cliëntkenmerken die de responsiviteit gedurende de behandeling beïnvloeden. Hierbij valt te denken aan bijvoorbeeld een verstandelijke beperking. De behandelaar schat in of exceptionele responsiviteitsproblemen worden verwacht voor zijn/haar cliënt en vult dit in 2022 in op basis van een klinische inschatting. De mogelijke scores hiervoor zijn ja of nee.

Score	Categorie	Omschrijving
0	nee	Is er bij de patiënt sprake van grote responsiviteitsproblemen die de behandeling bemoeilijken? Denk daarbij aan ernstige psychiatrische of persoonlijkheidsstoornissen die de leerbaarheid of de samenwerking negatief beïnvloeden en die op zichzelf niet of heel moeilijk behandelbaar zijn, zoals beperkte cognitieve vermogens, een hoge mate van psychopathie of ernstige stoornissen op het autistisch spectrum. Indien dit niet het geval is, kies deze score.
+1	ja	Is er bij de patiënt sprake van grote responsiviteitsproblemen die de behandeling bemoeilijken? Denk daarbij aan ernstige psychiatrische of persoonlijkheidsstoornissen die de leerbaarheid of de samenwerking negatief beïnvloeden en die op zichzelf niet of heel moeilijk behandelbaar zijn, zoals beperkte cognitieve vermogens, een hoge mate van psychopathie of ernstige stoornissen op het autistisch spectrum. Indien dit wel het geval is, kies deze score.

Tabel 7: omschrijving van de 2 categorieën van exceptionele responsiviteitsproblemen

Werking in het Elektronisch Patiëntendossier (EPD)

De behandelaar vult in het EPD de score per dimensie handmatig in. Dit betekent concreet een score 1, 2, 3, 4 of 5 voor recidiverisico, een vinkje bij 'minder ernstig', 'ernstig' of 'zeer ernstig' bij ernst van het delict(gedrag) en een vinkje bij 'ja' of 'nee' bij exceptionele responsiviteitsproblemen.

De uitkomst van het invullen van bovenstaande drie dimensies is een simpele optelsom die in het EPD is ingebouwd. Deze uitkomst wordt de zorgvraagtypecode genoemd. Deze code typeert de cliënt in de forensische zorg en is een inschatting van de benodigde behandelduur en -intensiteit van de cliënt. De mogelijke combinaties en uiteindelijke score staan in de tabel.

Recidiverisico	Ernst van het delict(gedrag)	Exceptionele Responsiviteitsproblemen	Zorgvraagtypecode
I: Laag	Minder Ernstig	Nee	0
		Ja	1
	Ernstig	Nee	1
		Ja	2
	Zeer Ernstig	Nee	2
		Ja	3
II: Beneden-Gemiddeld	Minder Ernstig	Nee	1
		Ja	2
	Ernstig	Nee	2
		Ja	3
	Zeer Ernstig	Nee	3
		Ja	4
III: Gemiddeld	Minder Ernstig	Nee	2
		Ja	3
	Ernstig	Nee	3
		Ja	4
	Zeer Ernstig	Nee	4
		Ja	5
IV/IVa: Bovengemiddeld	Minder Ernstig	Nee	3
		Ja	4
	Ernstig	Nee	4
		Ja	5
	Zeer Ernstig	Nee	5
		Ja	6
V/IVb: Hoog/Sterk bovengemiddeld	Minder Ernstig	Nee	4
		Ja	5
	Ernstig	Nee	5
		Ja	6
	Zeer Ernstig	Nee	6
		Ja	7

Tabel 8: overzicht mogelijke combinaties van scores



Moment van scoren

Alle scores worden (opnieuw) bepaald op het moment dat de risicotaxatie moet worden afgenomen volgens de meettermijn die in de indicatorenengids is opgenomen. Dit betekent voor nieuwe cliënten uiterlijk binnen 3 maanden voor reguliere zorgaanbieders en binnen 6 maanden voor FPC's. Bij bestaande cliënten betekent dit afhankelijk van het instrument na uiterlijk 365 dagen. Het is dus niet nodig om alle cliënten al op 1 januari 2022 te scoren. Alle cliënten beschikken op deze manier uiterlijk 1 januari 2023 over een score per dimensie en een eindscore.

Waarvoor wordt de score gebruikt

De optelsom van de drie dimensies leidt tot een eindscore, de zogenaamde 'zorgvraagtypecode'. Deze code wordt in het EPD opgeslagen en meegegeven op de factuur richting ForZo/JJI. ForZo/JJI heeft geen beschikking over de onderliggende scores per dimensie. De zorgvraagtypecode geeft ForZo/JJI informatie over de verwachte behandelduur en intensiteit van de betreffende cliënt.

De NZa ontvangt zowel de score per dimensie als de uiteindelijke zorgvraagtypecode met het doel om het model voor zorgvraagtypering te evalueren en verder te ontwikkelen in de toekomst.

Evaluatie model

Vanaf 2022 verzamelen ForZo/JJI en de NZa data over de geleverde (gefactureerde) behandeling en de bijbehorende zorgvraagtypecode. Deze informatie wordt gebruikt om het model voor zorgvraagtypering fz te evalueren. De verwachting is dat cliënten met hogere codes gemiddeld meer/langer/intensievere behandeling nodig hebben dan cliënten met lagere codes.