



memo

Implementatieplan zorgvraagtypering

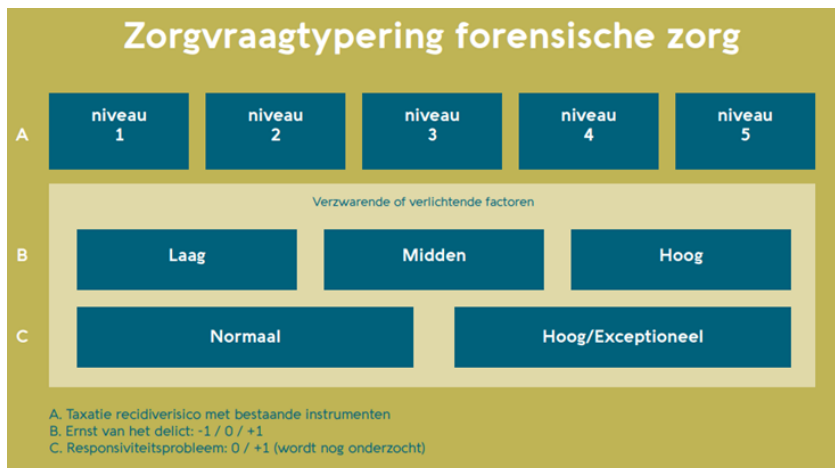
Dit memo bevat een verdere uitwerking van de praktische implementatie van het inhoudelijk model voor zorgvraagtypering forensische zorg. Wij vragen de eigenaar (zie einde document) om akkoord te gaan met dit implementatieplan voor zorgvraagtypering.

De inhoudelijke beschrijving van het model is opgenomen in het document Contouren Zorgvraagtypering v1.4. Bij eventuele tegenstrijdigheden is dit implementatieplan leidend.

Achtergrond

In opdracht van de werkgroep zorgvraagtypering van het Zorgprestatie-model (ZPM) zijn de contouren geschetst van een alternatief voor het zorgclustermodel specifiek voor de Forensische Zorg (FZ). De reden hiervan is de consensus binnen het forensische veld dat het zorgclustermodel, wat gekozen is voor de ggz, niet aansluit op de FZ, omdat deze zorg fundamenteel verschilt van de GGZ (zie document Contouren Zorgvraagtypering v1.4). De beslissing is genomen om de zorgvraag van een forensische patiënt aan de hand van drie dimensies te typeren:

- A. Het recidiverisico is leidend voor de bepaling van de zorgvraag
- B. Het model houdt rekening met het gepleegde delict en de impact op de maatschappij en de veiligheid
- C. Het model houdt rekening met de verwachte responsiviteit op de behandeling



**Divisie Forensische Zorg
 en Justitiële
 Jeugdinstellingen**
 Divisie

Datum
 9 juli 2021

Figuur 1 – Zorgvraagtypering forensische zorg

Bij de uitwerking van het nieuwe zorgvraagtyperingsmodel voor de FZ bestaat een aantal aspecten waar in de implementatie rekening mee moet worden gehouden. In dit memo worden deze aandachtspunten per onderwerp besproken en voor elk onderwerp is een voorstel voor de uitwerking benoemd.

Beschrijving bij de zorgvraagtypecode

Uit het nieuwe zorgvraagtyperingsmodel fz kunnen acht verschillende codes ontstaan als uitkomst van de drie dimensies. Deze code komt als 'zorgvraagtypecode' op de factuur.

Zorgvraagtypecode							
0	1	2	3	4	5	6	7

Tabel 1 – Overzicht mogelijke zorgvraagtypecodes

Dezelfde zorgvraagtypecode kan via verschillende routes worden bereikt, aangezien dimensie B en C tot een -1 en/of +1 op de score voor recidiverisico kunnen leiden. Een score 4 voor recidiverisico en +1 voor ernst van het delict leidt tot zorgvraagtypecode 5. Ook score 5 voor recidiverisico en score 0 op de andere dimensies leidt tot zorgvraagtypecode 5. Alle mogelijke scores staan hieronder weergegeven in figuur 2.

Recidiverisico	Ernst van 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: Bovengemiddeld	Minder Ernstig	Nee	3
		Ja	4
	Ernstig	Nee	4
		Ja	5
	Zeer Ernstig	Nee	5
		Ja	6
V: Hoog	Minder Ernstig	Nee	4
		Ja	5
	Ernstig	Nee	5
		Ja	6
	Zeer Ernstig	Nee	6
		Ja	7

Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen
Divisie

Datum
9 juli 2021

Figuur 2 – mogelijke combinaties

De NZa heeft gevraagd om te omschrijven wat elke zorgvraagtypecode inhoudt en hoe deze kan worden bereikt. Echter, de score volgt direct uit de route die is doorlopen bij de verschillende dimensies om op de betreffende score uit te komen.

De onderbouwing van de 5 recidivescores zal uit de kalibratie van de risicotaxatie-instrumenten volgen. Op dit moment is het niet nodig om alle zorgvraagtypecodes op basis van de verschillende routes te beschrijven. Indien een beschrijving wel noodzakelijk is stellen wij voor om dit te doen nadat de onderbouwing van de dimensies zijn afgerond. Zie hiervoor kopje 'Zorgvraagtypering in de ICT'.

Proces zorgvraagtypering

In onderstaand figuur wordt het proces weergegeven zoals gevolgd wordt bij het bepalen van het zorgvraagtype. Binnen het project trajectindicaties van de Taskforce fz wordt ook gewerkt met dezelfde risicotaxatie-instrumenten¹ die in dimensie A recidiverisico worden gebruikt om te bepalen hoe het traject van een

¹ Zie <https://www.forensischezorg.nl/beleid/prestatie-indicatoren-forensische-psychiatrie>. De erkende risicotaxatie-instrumenten op het moment van schrijven zijn: B-SAFER, FARE, HCR-20V3, HKT-R, SAVRY, SRP, SSA, START, START:AV

justitiabele eruit gaat zien gedurende de forensische titel. Hierbij zijn voor de klinische en ambulante setting verschillende instrumenten geschikt. Voor het bepalen van de zorgvraagtypecode gaan we uit van onderstaand proces, waarbij de behandelaar voor elke dimensie de score bepaalt wanneer de cliënt daar onder behandeling komt. Het bepalen van de score vindt plaats in het tweede blokje, waarbij alle dimensies (A, B, C) moeten worden ingevuld om tot de zorgvraagtypecode te komen. De wetenschappelijke onderbouwing voor de dimensies B en C is nog in ontwikkeling. De status hiervan is te lezen verderop in deze memo.

Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen
Divisie

Datum
9 juli 2021



Figuur 3 – Proces zorgvraagtypering

Termijn waarop zorgvraagtypecode wordt bepaald

In lijn met de prestatie-indicatoren moeten bij nieuwe cliënten uiterlijk binnen 3 maanden (en bij FPC's binnen 6 maanden¹) na start van de behandeling het recidiverisico zijn bepaald. Voor de zorgvraagtypecode willen we bij deze termijn aansluiten.

Invullen van de zorgvraagtypecode

Binnen de forensische zorg wordt gewerkt aan terugkeer in de maatschappij gedurende de looptijd van de forensische zorgtitel. Zeker met de invoer van trajectindicaties is het doel om bij de start van forensische zorg duidelijk te hebben naar welke situatie (lager beveiligde zorg, ambulante behandeling (FACT) beschermd wonen, zelfstandig thuis) de cliënt zal terugkeren. Bij het invullen van de zorgvraagtypering moet rekening worden gehouden met deze gewenste eindsituatie bij het invullen van de dimensies.

Omgaan met huidige cliënten

Gezien de grote hoeveelheid werk die het bepalen van het zorgvraagtype de behandelaren gaat kosten voor alle bestaande cliënten, is het voorstel om dit te doen vanaf het moment dat de eerstvolgende risicotaxatie moet worden afgenomen. Afhankelijk van het gehanteerde instrument is dit maximaal 365 dagen later. Op deze manier wordt de druk op de behandelaren het beste verdeeld. Dit betekent dat voor alle huidige cliënten voor 1 januari 2023 een zorgvraagtypecode is geregistreerd.

Opnieuw bepalen van de zorgvraagtypecode

Afhankelijk van het risicotaxatie-instrument dat wordt gehanteerd wordt het recidiverisico tenminste elke 365 dagen bepaald en vastgelegd¹. Voor sommige risico-instrumenten is dit vaker. De voorkeur vanuit het veld is om bij de prestatie-indicatoren aan te sluiten en de evaluatie ongeacht het gehanteerde instrument 1x per jaar te laten plaatsvinden. Deze afspraak is van belang om alle behandelaren op dezelfde manier te laten werken, waardoor we de data die hieruit voortkomt goed kunnen vergelijken. Dit betekent dat zowel dimensie A recidiverisico als dimensie B en C jaarlijks opnieuw worden geregistreerd. Er zijn twee momenten waarop de zorgvraagtypecode toch tussentijds opnieuw bepaald moet worden,

namelijk bij de overgang naar een andere zorgaanbieder en de overgang naar een nieuw (lager op hoger) beveiligingsniveau.

**Divisie Forensische Zorg
en Justitiële
Jeugdinstellingen**
Divisie

Overgang naar andere zorgaanbieder

Wanneer een cliënt overgaat naar een nieuwe zorgaanbieder gedurende de behandeling dient de zorgvraagtypecode opnieuw te worden bepaald.

Datum
9 juli 2021

Overgang naar ander beveiligingsniveau

Ook wanneer voor een cliënt een ander beveiligingsniveau wordt geïndiceerd dient de zorgvraagtypecode opnieuw te worden bepaald.

Zorgvraagtypering in de ICT in 2022

Bij de implementatie van het zorgvraagtyperingsmodel is het van belang dat de ICT-infrastructuur ook in voldoende mate de gemaakte keuzes kan ondersteunen op het moment dat het ZPM op 1 januari 2022 wordt ingevoerd. De ontwikkelaars moeten daartoe voldoende tijd hebben om de technische specificaties in te bouwen.

Vastleggen dimensie A recidiverisico

Het werken met verschillende instrumenten leidt in de praktijk tot een zekere discontinuïteit van zorg doordat die instrumenten het recidiverisico allen op een andere manier uitdrukken. Zo spreekt het ene instrument van de categorieën laag-gemiddeld-hoog, gebruikt een ander instrument daar andere termen voor of wordt met meer categorieën gewerkt. Ook kan eenzelfde categorie, bijvoorbeeld 'laag', een verschillende betekenis hebben bij twee instrumenten. Een oplossing voor dit probleem dat de gewenste diversiteit in instrumenten in stand houdt, is het werken met een gestandaardiseerd model, zoals het 5-level-risk model, ontwikkeld en gebruikt in Canada². Dit model biedt een werkwijze om verschillende instrumenten te kalibreren zodat de uitkomsten worden uitgedrukt in dezelfde vijf categorieën. Als meerdere instrumenten op deze manier worden gekalibreerd, worden hun uitkomsten onderling vergelijkbaar en worden bovengenoemde knelpunten dus opgelost.

Bij het invullen van een risicotaxatie-instrument wordt bij het bepalen van de eindscore van het instrument de klinische inschatting van de behandelaar meegewogen. In de toekomstige situatie zijn deze eindscores van verschillende risicotaxatie-instrumenten gekalibreerd naar een totaalscore op een schaal van 1-5. Hierbij is er geen mogelijkheid om van deze score af te wijken.

² *A Five-Level Risk and Needs System: Maximizing Assessment Results in Corrections through the Development of a Common Language*. K. Hanson, G. Bourgon, R.J. McGrath, D. Kroner, D.A. D'Amora, S.S. Thomas, L.P. Tavarez. The Council of State Governments Justice Center, 2017.

Level	Risicocategorie	Omschrijving
1	laag	Weinig tot geen identificeerbare criminogene of niet-criminogene behoeften. Pro-sociaal persoon, zijn risico op recidive is vergelijkbaar met de kans dat een willekeurig persoon voor het eerst een delict zal begaan
2	beneden-gemiddeld	Er zijn wat dynamische risicofactoren, meer kans op recidive dan dat een willekeurig persoon 'first offender' zal worden, maar heeft een kans die lager is dan de gemiddelde pleger
3	gemiddeld	Dynamische risicofactoren zijn duidelijk aanwezig, de scores op de risicotaxatie-instrumenten bevinden zich midden in de normaalverdeling, gemiddeld risicoprofiel
4	bovengemiddeld	Chronische problemen op het gebied van de dynamische risicofactoren
5	hoog	Vrijwel zeker recidive in de toekomst

Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinstellingen
Divisie

Datum
9 juli 2021

Tabel 2 – voorstel beschrijving recidiverisico

Het voorstel is om deze werkwijze tussentijds te evalueren om te controleren of de voorgestelde werkwijze in de praktijk ook goed uitvoerbaar is.

In principe zou een automatische toewijzing van de score 1-5 in het EPD de gewenste situatie zijn. De vraag is echter of dit voor alle zorgaanbieders te realiseren is voor 2022. Daarom willen we hier een groeipad van maken:

1. In eerste instantie zal de behandelaar handmatig een kruisje bij de score moeten aanvinken op basis van het ingevulde risicotaxatie-instrument. Hierbij dient de behandelaar ook aan te geven welk instrument er is gebruikt, zodat dit kan worden meegenomen in de evaluatie en het lopende onderzoek. Dit onder voorwaarde dat deze verplichting ook wordt opgenomen in de regelgeving van de NZa, waarbij de gevolgen van deze werkwijze worden ondersteund.
2. Een vervolgstap zou zijn om de uitkomst van de risicotaxatie-instrumenten automatisch door te zetten in het EPD. Gezien er momenteel meerdere systemen en ook meerdere clientvolgsystemen zijn, is het technisch complex en daardoor een te groot risico qua doorlooptijd om dit gelijk in te voeren.

Vastleggen dimensie B ernst van het delict

Op dit moment wordt gewerkt aan de wetenschappelijke onderbouwing van de indeling van de categorieën voor 'ernst van het delict'. Voorstel is om nu uit te gaan van het handmatig aankruisen van 'laag', 'midden' en 'hoog' en na afronding van dit onderzoek te kijken of het ontwikkelde instrument een eventuele automatische koppeling toelaat.

Vastleggen dimensie C responsiviteit

De verwachting is dat in 2022 ruimte gecreëerd kan worden om de score verder wetenschappelijk te onderbouwen. De inrichting van IT voor dit onderdeel gaat afhankelijk zijn van deze onderbouwing, zoals ook het geval is bij de ernst van het

delict. Het voorstel is daarom om de score in eerste instantie handmatig door te geven op basis van de klinische inschatting met een kruisje voor 'nee' en 'ja', en afhankelijk van de wetenschappelijke onderbouwing in 2023 dit verder te automatiseren.

Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinstellingen
Divisie

Datum
9 juli 2021

Vastleggen van de totaalscore als zorgvraagtypecode

In de ICT moet worden ingericht dat de scores per dimensie automatisch worden opgeteld naar een totaalscore. De voorkeur is om dit niet handmatig mogelijk te maken, omdat dit een automatische optelling is van de score per dimensie die niet kan worden bijgesteld. Het gaat om de volgende optelling in de tabel hieronder.

	Score				
A. Recidiverisico	laag	beneden-gemiddeld	gemiddeld	boven-gemiddeld	hoog
	1	2	3	4	5
B. Ernst van delict(gedrag)	laag		midden		hoog
	-1		0		+1
C. Exceptionele responsiviteitsproblemen	nee			ja	
	0			+1	

Tabel 3 - optelling voor ICT systemen

Bij de optelling van bovenstaande is geen sprake van een weging. Dit betekent dat cliënten met een andere dimensiescore wel dezelfde totaalscore kunnen krijgen.

Vermelding zorgvraagtypecode op de factuur

De zorgvraagtypecode moet altijd zichtbaar zijn op de factuur. Echter, het is mogelijk om de onderliggende instrumenten ook afzonderlijk te gebruiken zonder dat dat leidt tot een nieuwe zorgvraagtypecode.

Wetenschappelijke onderbouwing van de dimensies

Voor de dimensies A-C is bekend hoe de schalen van de uitkomst eruit gaan zien. Deze indeling moet nog wel worden onderbouwd.

Onderbouwing dimensie A: kalibratie risicotaxatie-instrumenten

De opdracht voor de kalibratie van de risicotaxatie-instrumenten ligt bij de Taskforce fz voor o.a. het project trajectindicaties. Op 11 februari 2021 is akkoord gegeven op het kalibreren van de risicotaxatie-instrumenten. Dit jaar zullen de HKT-R en HCR20V3 instrumenten worden gekalibreerd, aangezien deze verplicht gesteld zijn en al lang in gebruik, waardoor er voldoende data van beschikbaar is. De kalibratie wordt in 2022 verder aangescherpt en uitgebreid met andere instrumenten. De instrumenten die niet voor 2022 gekalibreerd kunnen worden dienen door middel van een gestructureerd klinisch oordeel te leiden tot een score 1-5. Ten behoeve van het onderzoek en de evaluatie zullen de gebruikte risicotaxatie-instrumenten ten behoeve van de zorgvraagtypering ook worden geregistreerd. Als onderdeel van de planning worden risico's en mitigerende maatregelen vastgelegd.

Onderbouwing dimensie B: ernst van het delict

Het onderzoek voor de wetenschappelijke onderbouwing van de scores voor de dimensie 'ernst van het delict' is gestart in februari met behulp van een onderzoeksassistent onder begeleiding van Wineke Smid. De verwachting is dat dit onderzoek dit jaar afgerond zal zijn. Ook de beperkte benodigde financiering van dit onderzoek is op 11 februari goedgekeurd in het bestuurlijk overleg forensische zorg.

**Divisie Forensische Zorg
en Justitiële
Jeugdinstellingen**
Divisie

Datum
9 juli 2021

Onderbouwing dimensie C: exceptionele responsiviteit

Het onderzoek naar responsiviteit vereist een uitgebreider onderzoek dan voor dimensie A en B. Het doel voor dit onderzoek is om het voor 2023 afgerond te hebben om te kunnen onderbouwen welke indicatoren leiden tot exceptionele responsiviteitsproblemen bij cliënten. Om toch een goede inschatting te kunnen maken voor deze dimensie in 2022 dient een korte omschrijving te worden uitgewerkt om het verschil tussen 'nee' en 'ja' aan te geven. Dus; wanneer is er wel/geen sprake van exceptionele responsiviteitsproblemen. Voor de financiering van dit onderdeel is het belangrijk om eerst meer duidelijkheid te krijgen over de eigenaar van het model voor zorgvraagtypering.

Mogelijke eigenaar model

Op dit moment is het model voor zorgvraagtypering in de fz ontwikkeld door DJI samen met het forensisch veld in een daarvoor opgezette werkgroep. Het eigenaarschap van het inhoudelijke model is nog niet vastgelegd. Op dit moment worden de mogelijkheden onderzocht binnen zowel de NZa, DSJ als stelseigenaar en DJI als uitvoeringsorganisatie. Het bepalen van het eigenaarschap is belangrijk voor toekomstige doorontwikkeling en financiering van dit model.

Bepaling welk model voor zorgvraagtypering wordt gehanteerd

Voor de invoering van het ZPM moet duidelijk zijn welk model voor zorgvraagtypering in welke situatie wordt gehanteerd. Dit geldt bijvoorbeeld voor Zvw cliënten die binnen een forensische zorg setting worden behandeld.

Gebruik data voor wetenschappelijke doeleinden

Op de factuur richting DJI komt alleen de eindscore te staan op een schaal van 0-7. De NZa legt in de regelgeving wel vast dat de score per dimensie een verplicht informatie-element is dat zorgaanbieders ook apart moeten vastleggen. Dit biedt wel de mogelijkheid om deze gegevens, o.a. bij de NZa, centraal te verzamelen voor bijvoorbeeld het doorontwikkelen van het model (zie regelgeving NZa).

Doorontwikkeling en evaluatie model

In de komende jaren zal het model zorgvraagtypering FZ verder moeten worden doorontwikkeld en geëvalueerd. Enerzijds zal het onderzoek op dimensie A nog even doorlopen en ook voor dimensie C is nog extra onderzoek vereist. Daarnaast biedt de data van het model na invoering de mogelijkheid om te evalueren of het model voldoende werkt zoals bedoeld, of dat er aanpassingen nodig zijn. Het voorstel is om bij de evaluatie te kijken of deze qua tijd samen kunnen laten vallen met de evaluatie van het zorgclustermodel. Voorafgaand aan de evaluatie zal met de betrokken (veld)partijen afgestemd worden wat er geëvalueerd moet worden.

Verantwoordelijkheid inbouwen in ICT

Vanuit het programma Zorgprestatie­model houdt werkgroep 7 ICT zich bezig met het vertalen van de nieuwe bekostiging naar de technische specificaties voor de ICT. Hier zijn ook de EPD-leveranciers bij betrokken. Net als bij zorgvraagtypering voor de reguliere ggz worden de functionaliteiten voor zorgvraagtypering fz centraal door alle betrokken EPD-leveranciers ingebouwd. Dit hoeft een zorgaanbieder niet op individueel niveau te bespreken.

**Divisie Forensische Zorg
en Justitiële
Jeugd­inrichtingen**
Divisie

Datum
9 juli 2021