

Achtergrondrapportage

'DRIELUIK RAPPORTAGES CONTINUÏTEIT VAN ZORG'

ADVIES

ACHTERGROND
RAPPORTAGE

ONDERZOEKS-
RAPPORTAGE
'OMVANG
DOELGROEP'

Werkgroep Continuïteit van Zorg

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding en doel van de werkgroep	1
1.1 Achtergrond en aanleiding	1
1.2 Opdracht van de werkgroep: doelstelling en reikwijdte	1
1.3 Betrokkenen en gevolgde aanpak	1
2. Knelpunten	3
2.1 Overzicht van knelpunten vanuit de casuïstiek	3
2.2 Onzekerheid over financiering van de zorg	4
2.3 Best passende zorg lastig te realiseren vanwege maatwerk en/of cultuurverschillen	5
2.4 Passende zorg niet beschikbaar vanwege niet beschikbare/ingekochte capaciteit	6
2.5 Probleemgebied: doorstroom na detentie, inhoudelijke overgang is te groot	7
2.6 Probleemgebied: onduidelijkheid onder welk stelsel iemand valt (wie betaalt)	8
2.7 Overige knelpunten	8
2.8 Conclusie	9
3. Oplossingsrichtingen	10
3.1 Flexibiliteit in de stelsels	11
3.2 Betere afstemming en communicatie	13
3.3 Harmoniseren indicatiestelling	16
3.4 Hybride zorgvormen	17
3.5 Overige oplossingen	18
Bijlagen	19
A. Aanpak en deelnemers werkgroep	19
B. Begrippenlijst	22
C. Processen overgang forensische naar reguliere zorg	23
D. Belangrijkste partners betrokken bij de uitvoering van (forensische) zorg	28
E. Casuïstiek omtrent knelpunten	32
F. Overzicht 'best practices'	47

In dit hoofdstuk beschrijven wij de achtergrond en aanleiding en de opdracht van de Werkgroep Continuïteit van Zorg. We beschrijven vervolgens de gevolgde aanpak en tot slot geven wij een eerste beeld van de doelgroep in de forensische zorg om gevoel te krijgen bij de potentiële omvang van de continuïteitsproblematiek. Alle afkortingen van dit document staan uitgeschreven in bijlage B.

1.1 Achtergrond en aanleiding

1.1.1 Forensische zorg is altijd onderdeel van een langer zorgtraject

Door de verschillende stelsels en opdrachtgevers in de zorg ontstaan voor cliënten overgangen in het zorgpad. Overgangen die bijvoorbeeld kunnen liggen op het terrein van kwaliteit, beschikbaarheid of bekostiging. Dit geldt vooral voor cliënten die zorg krijgen binnen het forensische kader. Deze strafrechtelijke forensische zorg is vrijwel altijd een (klein) onderdeel van een langduriger traject in de GGZ- of VG-sector. Zowel voorafgaand, tijdens, als bij afloop van de strafrechtelijke titel is het mogelijk dat behandeling of begeleiding plaatsvindt vanuit het kader van de Zvw, Wlz of de Wmo.

Voor een cliënt is het van belang dat er continuïteit is in het zorgtraject zodat de zorg die nodig is ook geleverd kan worden. Het gevolg van het ontbreken van 'continuïteit van zorg' kan zijn dat cliënten niet (meteen) de zorg krijgen die op dat moment nodig is of minder effectieve zorg krijgen. Dit leidt op individueel niveau tot mindere kwaliteit van zorg hetgeen gepaard kan gaan met langere behandelduur en hogere kosten. In ernstige gevallen kan het leiden tot terugval, achteruitgang in het ziektebeeld of het recidiveren na een delict. Het thema 'continuïteit van zorg' is daarnaast één van de elf aanbevelingen uit de taskforce Verkorting behandelduur tbs.

1.1.2 Belang van continuïteit van zorg neemt toe

Het belang van het goed organiseren van zorgcontinuïteit wordt steeds groter. De belangrijkste reden is dat de groep cliënten die zorg zal ontvangen uit een combinatie van verschillende kaders toeneemt. Door het nieuwe Wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet Forensische Zorg (WFz) stromen waarschijnlijk meer personen na of in plaats van een strafrechtelijke titel, in de GGZ in. De RVZ heeft in haar advies *Stoornis & Delict* aangegeven dat ze verwacht dat de GGZ in de toekomst meer en andere cliënten krijgt: "Meer delictplegers, die in plaats van detentie verplichte GGZ opgelegd krijgen en meer zorgwekkende zorgmijders met psychische stoornissen. Arbeidsintensieve cliënten met een vaak langdurige zorgbehoefte en veel multiproblematiek" (RVZ, 2012).

Ook een recent uitgevoerde impactanalyse door GGZ Nederland over de effecten van beleidskeuzes, nieuwe wetgeving op cliëntenstromen in de GGZ laat zien dat in de volle breedte van de GGZ een verschuiving plaatsvindt van gespecialiseerde naar generalistische zorg, en van klinische zorg naar intensieve ambulante zorgvormen en - als gevolg hiervan - per type capaciteit een zwaardere doelgroep met complexere problematiek ontstaat. Tot slot ontstaan voor behandelaars in de GGZ door de Wvggz meer mogelijkheden om mensen met ernstige psychische stoornissen die zorg mijden de noodzakelijke zorg te bieden (RVZ, 2012). Het is lastig om de omvang van deze groep te voorspellen. De verwachting is echter wel dat ook door de invoering van de Wvggz een grotere toestroom van cliënten met ernstige psychische stoornissen en beperkingen naar de GGZ ontstaat. Daarnaast zijn de consequenties als er iets mis gaat bij deze doelgroep groot.

1.1.3 Continuïteit van zorg is een gedeelde verantwoordelijkheid

Door deze voorspelde toegenomen verschuiving van cliëntenstromen door de (forensische) zorgketen heen is het zaak deze keten zo optimaal mogelijk te organiseren waardoor zorgcontinuïteit vorm kan krijgen. Vanuit dit gedeeld besef, en een gevoelde gedeelde verantwoordelijkheid van zorgcontinuïteit voor cliënten die in aanraking zijn geweest met justitie, hebben GGZ Nederland, ministerie van Veiligheid en Justitie (V&J) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aangegeven dit vraagstuk gezamenlijk op te willen pakken in de Werkgroep Continuïteit van Zorg.

1.2 Opdracht van de werkgroep: doelstelling en reikwijdte

Het doel van de werkgroep is het formuleren van een advies over de manier waarop partijen, binnen de bestaande stelsels, in de dagelijkse praktijk met elkaar op een effectievere wijze een bijdrage gaan leveren aan het organiseren van continuïteit van zorg.

Tijdens de werkgroepen is gebleken dat het van groot belang is om kennis te hebben van de verschillende stelsels. Dit rapport bevat dan ook zowel een advies om te komen tot een betere zorgcontinuïteit en daarnaast informatie om meer grip te krijgen op de problematiek. Dit rapport moet leiden tot meer kennis van en begrip voor elkaars verantwoordelijkheden, verplichtingen en belangen waardoor de 'gedeelde verantwoordelijkheid' voor de zorg voor de doelgroep optimaal kan worden georganiseerd. Deze rapportage geeft de richting aan over de wijze waarop verschillende betrokkenen hiermee omgaan en geeft concrete voorbeelden en ideeën over hoe te handelen.

1.3 Betrokkenen en gevolgde aanpak

De werkgroep bestaat uit de volgende belanghebbenden:

- a. V&J en DJI;
- b. VWS en IGZ;
- c. Zorgverzekeraars (ZN, CVZ en VGZ);
- d. VNG en gemeenten (Amsterdam, Nijmegen en 's-Hertogenbosch);
- e. GGZ-aanbieders (GGZ Nederland, GGNet, Lentis en Palier);
- f. RIBW Alliantie (Lister, HVO Querido);
- g. Federatie Opvang, Exodus en het Leger des Heils;
- h. NIFP;
- i. Reclasseringsorganisaties (Reclassering Nederland, Leger des Heils Jeugdbescherming&Reclassering en SVG);
- j. VGN.

De werkgroep is in de periode februari tot en met juni 2015 viermaal bij elkaar gekomen. In de werkgroep-bijeenkomsten is de scope besproken, de knelpunten, mogelijke oplossingen en aanbevelingsrichtingen. Een uitgebreidere beschrijving van de bijeenkomsten staat beschreven in bijlage A.

De agenda en beschikbare doorlooptijd was ambitieus. Daarom was het van belang dat de werkgroepleden tussen de bijeenkomsten door zowel informatie ophalen binnen hun organisatie (zogenaamd 'huiswerk') als spiegelen in hoeverre organisaties hier tegenover staan. Voor het in kaart brengen van de doelgroep hebben wij gekozen om te werken met een sub-werkgroep die kan onderzoeken wat de mogelijkheden zijn. Binnen deze subwerkgroep is gekeken of er onderscheid nodig is in verschillende (sub)doelgroepen, op basis van welke kenmerken dit noodzakelijk is, inventariseren welke gegevens reeds beschikbaar zijn en op welke wijze deze informatie opgehaald kan worden (tijdens het traject met de werkgroep, of mogelijk ook na afloop). Hiervoor is een aparte opdracht uitgewerkt en besproken met de werkgroep.

De werkgroep heeft eerst de knelpunten in kaart gebracht. De knelpunten zijn geïnventariseerd door in een breed gremium casuïstiek te verzamelen. Vervolgens heeft de werkgroep de casuïstiek geordend, geanalyseerd¹ en op duidelijkheid (wat is nu echt het probleem?) en volledigheid (welke knelpunten ontbreken?) getoetst. De verzamelde casuïstiek en knelpunten zijn terug te vinden in bijlage D.

2.1 Overzicht van knelpunten vanuit de casuïstiek

In totaal zijn er 23 casussen uit de praktijk aangeleverd. De casuïstiek is aangeleverd door de betrokken organisaties uit de werkgroep en door het benaderen van professionals via GGZ Connect. Deze casuïstiek geeft op verschillende manieren de knelpunten weer. Daarnaast zijn er aanvullend 14 'issues' aangeleverd die ook als problematiek door de verschillende stakeholders worden ervaren. De hoeveelheid en snelheid waar-mee deze input is aangeleverd geeft de urgentie aan bij stakeholders voor deze cliënten.

Knelpunt	Casuïstiek	
1 Wijziging datum plaatsingsbesluit afloop/start/definitief worden titel. Risico op niet kunnen declareren van zorg.	A, C, 14	
	Rechter neemt advies bijzondere voorwaarden niet of niet toereikend over. Het gevolg is onduidelijkheid over wie de zorg gaat financieren.	H I S
	Preventie wordt niet gefinancierd.	X
	Cliënt kan na strafrechtelijke titel niet direct terug naar 'langdurige ggz' omdat eerst weer de Zvw zorg (met behandeling) wordt ingezet.	G
2 Terughoudendheid in de reguliere zorg ten aanzien van opname (ex-)tbs'ers / ex-gedetineerden uit angst.	U	
	Maatwerk is lastig te realiseren; er is sprake van wachttijden en geen terugkeergarantie. Passende zorg (maatwerk) is niet/lastig te realiseren.	T, Z
3 Benodigde zorgvorm (beschermd wonen) is niet of niet voldoende ingekocht door opvolgende financier discontinuïteit na afloop van de titel.	E, R, Y, AA, 11	
	Vroegtijdige aanmelding beschermd wonen wordt niet geaccepteerd omdat datum start zorg te ver weg ligt. Passende zorg is daarom lastig te realiseren	J, M, P, R, W, 13
	Wachtlijsten (FPA, beschermd wonen) en daardoor onzekerheid over doorplaatsing. Passende zorg is niet beschikbaar.	Q, U, R
4 Overgang leefklimaat en cultuur tussen detentie en vervolgzorg is (te) groot, binnenkomen in PI en nazorg vanuit de PI niet altijd toegankelijk.	5, 6, 7, 8	
	Detentieperiode om woonvoorziening na detentie te regelen is te kort.	9, 10
5 Bij combinatie VG en GGZ problematiek verwijzen indicatiestellers naar elkaar - onduidelijkheid binnen welk kader iemand past bij multiproblematiek.	V, 3, 4, 15	
	Onduidelijkheid over wie betaalt als een cliënt geen zorgverzekering heeft.	O
	Detentie en opschorten zorgverzekering op dezelfde dag waarop de DBC wordt geopend - risico op niet kunnen declareren van de zorg.	B

Tabel 1. Genoemde knelpunten inclusief verwijzing naar de casuïstiek en issues

Deze tabel geeft de knelpunten weer die betrekking hebben op de overgang van de forensische naar de reguliere zorg. In aanvulling hierop zijn er ook een aantal knelpunten benoemd die betrekking hebben op (dis)continuïteit binnen het forensische kader. Dit betreft het gebrek aan flexibiliteit in het opschalen van ambulante zorg naar (veel kortdurende) klinische zorg (casussen I, S, J en issue 13) en de intensivering in de zorgintensiteit en/of beveiliging binnen de klinische forensische zorg (casus D) als gevolg van (in tijd en inspanning) bewerkelijke procedures. Op deze knelpunten gaan wij in dit rapport niet nader in.

¹ Bij de analyse is rekening gehouden met de gewijzigde situatie van verantwoordelijkheden per 1 januari 2015 (invoering Wlz en Wmo 2015).

Voor de genoemde knelpunten hebben wij een indeling gemaakt naar een top 5 van probleemgebieden:

1. Onzekerheid over de financiering van de zorg;
2. Best passende zorg is lastig te realiseren;
3. Passende zorg is niet beschikbaar (wachtljsten);
4. Discontinuiteit in vervolgzorg na detentie;
5. Onduidelijkheid over het stelsel waar een cliënt onder valt.

Naast de top-5 aan probleemgebieden hebben wij een aantal knelpunten in de categorie 'overig' geplaatst. Bij de toewijzing van knelpunten aan deze probleemgebieden hebben wij gemerkt dat vaak meerdere oorzaken ten grondslag liggen aan een bepaald knelpunt en dat de knelpunten daarmee niet eenduidig en uniek aan de verschillende probleemgebieden kunnen worden toegewezen.

In dit hoofdstuk beschrijven wij voor deze probleemgebieden de knelpunten, oorzaken en de betrokken stakeholders. Daarnaast vindt inkleuring plaats aan de hand van een beknopte weergave van de aangeleverde casuïstiek.

2.2 Onzekerheid over financiering van de zorg

Door de financiële schotten tussen de zorgstelsels bestaat er vaak onzekerheid over de financiering van de vervolgzorg. Dit knelpunt is aan de orde bij de start, verlenging en afloop van strafrechtelijke titels in combinatie met de procedures met betrekking tot indicatiestelling voor de vervolgzorg en administratieve verwerking hiervan (waaronder de wijziging van het plaatsingsbesluit).

"...Na indienen van de declaratie (DBBC) ontvingen wij een gewijzigd plaatsingsbesluit waarin de einddatum is vastgesteld op datum die ligt voor de einddatum van onze DBBC. Door Justitie wordt op basis van het gewijzigde besluit onze declaratie afgekeurd..." (casus A)

Het probleem van de onzekerheid wordt deels veroorzaakt doordat er onvoldoende of geen tijdige communicatie plaatsvindt tussen de verschillende stakeholders (DJI, Reclassering, OM, zorgaanbieders, gemeente en zorgverzekeraars) bij de start en afloop van de forensische zorg. De doorlooptijd van het proces om te komen tot een goede indicatiestelling en daarmee rechtmatige financiering van de zorg door de nieuwe opdrachtgever vergt een bepaalde doorlooptijd en vraagt om een tijdige start van de afstemming over de vervolgzorg.

"...Betrokkene heeft een deels voorwaardelijke straf opgelegd gekregen met de bijzondere voorwaarde van een meldplicht. Een opnameverplichting is niet overgenomen, aangezien de rechter dit te vaag vond. Mijn vermoeden is dan ook dat het uiteindelijk niet opgelegd is door de rechter aangezien er wat twijfels bestonden en betrokkene toezegde toch sowieso te zullen gaan. Dat is natuurlijk waar het mis gaat, want nu dit niet opgelegd is als bijzondere voorwaarde, zal betrokkene hier niet geplaatst kunnen worden..." (casus H)

Tevens heeft de nieuwe financier de behoefte aan zeggenschap over de inhoud en duur van de vervolgzorg en neemt deze niet altijd het advies van de vorige financier ongewijzigd over. Hierdoor kan het voor een zorgaanbieder onduidelijk zijn of de 'vervolgfinancier' de cliënt ook daadwerkelijk over gaat nemen en of dit ook binnen de gemaakte productieafspraken valt.

"... De aanvragen mogen volgens het CIZ pas gedaan worden als de uitspraak vrijspreek uitgesproken is (vinden wij ook logisch). En dan duurt de verwerkingstijd best lang. Zowel wordt hierdoor de aansluiting (einde tbs - vrijwillig) gemist qua datum en er wordt gebakkeleid dat dit niet met terugwerkende kracht kan..." (casus P)

"...Wij willen haar aanmelden voor begeleid wonen, voor na deze maatregel. Zojuist heb ik telefonisch contact gehad met RIBW. Zij geven aan dat eerst een indicatie vanuit de gemeente moet worden afgegeven, voordat zij een aanmelding kunnen verwerken... Het probleem bij deze casus, indien bovenstaande informatie klopt, is dat wij de uitstroom pas kunnen gaan regelen als de juridische maatregel van cliënten is verlopen. Gezien alle wachttijden, is dit veel te laat..." (casus W)

De gevolgen zijn tweeledig: Enerzijds ontstaat het risico voor de zorgaanbieder dat declaraties worden afgekeurd en de zorg uiteindelijk niet gefinancierd wordt. Anderzijds nemen de verschillende procedures en overgangen (onnodig) veel tijd in beslag, waardoor minder tijd overblijft voor de daadwerkelijke zorg en hulp. Het risico is dat de cliënt niet de zorg krijgt die hij nodig heeft of minder effectieve zorg ontvangt. In ernstige gevallen kan dit leiden tot een terugval en uitval. Ook de onzekerheid over vervolgzorg bij de cliënt leidt bij deze groep relatief vaker tot uitval.

Een ander knelpunt wat wordt genoemd is de financiering van zorg voor een groep chronische cliënten die veelal semi-permanent in zorg zijn bij een zorgaanbieder en veelal tijdelijk of in het geheel niet verzekerd zijn, dan wel moeilijk te verzekeren zijn. Het gaat om de doelgroep die omschreven wordt als zorgwekkende zorgmijders, extreem problematische drugsgebruikers, sterk gedragsgestoorden licht verstandelijk beperkten en veelplegers. Bij deze groep is het niet verzekerd zijn één van de symptomen van de GGZ problematiek. Aan hen wordt wel zorg verleend door zorgaanbieders maar deze zorg wordt niet vergoed.

"...Het probleem komt er kort samengevat op neer dat een grote groep chronische cliënten, die semi-permanent in zorg zijn bij onze organisatie en veelal tijdelijk of in het geheel niet verzekerd zijn. Aan hen wordt noodzakelijke zorg verleend, zonder dat de kosten van deze zorg wordt vergoed. Het gaat bij onze instelling inmiddels om een bedrag van €1.400.000,-. Noodzakelijke zorg blijven verlenen aan deze groep is daarmee financieel en bedrijfsmatig niet langer verantwoord..." (casus AA)

Tot slot wordt aangegeven dat de tarieven voor GGZ in een strafrechtelijk kader gemiddeld hoger zijn dan de tarieven in de reguliere GGZ. Dat betekent dat er in de praktijk dezelfde zorg geboden moet worden voor een lager tarief. Voor zorgaanbieders leidt dit tot een knelpunt in de financiering omdat de gemaakte kosten niet vergoed worden.

"... In de behandelplanbespreking van maart 2014 is afgesproken dat de volgende stap gezet kan worden in zijn traject en met zijn verloven. Namelijk proefverlof voor plaatsing in een trainingshuis op het GGZ terrein. De reclassering is vervolgens gevraagd een rapport te schrijven om te beoordelen of zij in het kader van het proefverlof toezicht kunnen houden op de cliënt. Ze hebben positief geadviseerd maar achten een overplaatsing naar het trainingshuis te snel. Ze zijn voorstander van een langer verblijf bij aanbieder Y. Kortom, de betrokken instanties liggen niet op één lijn... Het traject zal langer gaan duren dan is afgesproken tussen hoofdaannemer en onderaannemer..." (casus L)

2.3 Best passende zorg lastig te realiseren vanwege maatwerk en/of cultuurverschillen

Naast de financiële belemmeringen zorgen ook een gebrek aan kennis en de onbekendheid met de verschillende stelsels, knelpunten. Door verschillen tussen stelsels in cultuur, verantwoordelijkheden, doelstellingen en daarmee een verschillende insteek in indicatiestelling ontstaan er belemmeringen om cliënten door te plaatsen naar de best passende zorg. Cliënten met een forensische zorgtitel dragen een 'stempel' met zich mee, waardoor de vervolgzorg/nazorg vaak zwaar wordt ingeschat en/of problematisch in de setting die een aanbieder in de reguliere zorg denkt te kunnen bieden. Er is bij diverse professionals en instellingen in de reguliere zorg sprake van angst voor het opnemen van cliënten vanwege de effecten die dit heeft voor andere cliënten en personeel, en de risico's om de cliënt verder door te laten stromen. Deze knelpunten hebben ook te maken met het cultuurverschil tussen 'straf' (de forensische zorg) en 'zorg' (de reguliere zorg).

“... Cliënt, ex-tbs'er, is niet uitgenodigd voor een intake. Op basis van het dossier is cliënt afgewezen. Redenen: “omdat het perspectief nog te ver weg ligt, eerst kijken hoe cliënt het doet in het trainingshuis...” (casus M)

In de forensische zorg is men naast de zorg met name gericht op beveiliging en het bewaken van grenzen in het gedrag van de cliënt, omdat ze regelmatig met lastige cliënten te maken krijgen. In de zorg zijn professionals primair gericht op het behalen van de behandeldoelen in het kader van de zorg en minder gewend om ook vorm te geven aan het beveiligingsaspect en de aandacht voor het reduceren van de risico's op recidive. In de praktijk ontstaan regelmatig verschillen in de inschatting van het recidivegevaar door de betrokken instanties. Het al dan niet aanwezig zijn van de benodigde (forensische) expertise met betrekking tot het omgaan met deze groep cliënten is van belang om een goede inschatting te maken en eventueel juist te reageren als het niet goed gaat.

De problemen worden versterkt doordat er beperkte terugvalmogelijkheden of opschalingsmogelijkheden zijn indien de cliënt intensievere zorg, begeleiding of beveiliging nodig blijkt te hebben dan in de 'vervolgsetting' geboden kan worden.

“... Betrokkene zal gezien zijn ziekte levenslang onder begeleiding/behandeling moeten blijven staan. Hij kan beschouwd worden als een reguliere psychiatrische cliënt. Daarnaast is er in een setting als de RIBW met ambulante behandeling voldoende toezicht op betrokkene om de medicatie-inname, mogelijke terugval in middelen op te merken en te behandelen, eventueel met een opname. Gezien het functioneren en het inzicht dat betrokkene heeft is dit niet anders dan bij andere mensen met de ziekte schizofrenie. Inmiddels is cliënt door de reclassering aangemeld bij een FPA. Kortom, een doorplaatsing naar de reguliere GGZ is niet ingezet...” (casus N)

6

2.4 Passende zorg niet beschikbaar vanwege niet beschikbare/ingekochte capaciteit

Naast dat passende zorg niet beschikbaar is vanwege 'zachte' factoren (zie voorgaande paragraaf), zijn er ook 'harde' factoren die voor belemmeringen zorgen. Dit ontstaat wanneer capaciteit niet wordt ingekocht of niet beschikbaar is vanwege wachtlijsten. Dit knelpunt doet zich met name voor bij beschermd wonen, maar wordt ook genoemd bij de klinische behandelvoorzieningen en forensische ambulante (f)-ACT-teams. De achterliggende oorzaken zijn:

- Groei versus krimp bij verschillende financiers is niet afgestemd;
- Er zijn verschillen tussen gemeenten bij de toewijzing en indicatiestelling;
- Beleid met betrekking tot regionale plaatsing (of juist contra-indicaties hierin);
- Achterdeur van beschermd wonen is onvoldoende georganiseerd (door woningtekort);
- Onvoldoende (hoog beveiligde) beschikbare capaciteit in de klinische zorg en/of ambulante (f)-ACT-teams.

“... De rechter neemt het advies van de reclassering en voegt het volgende aan het vonnis toe: In het vonnis van cliënt staat: de rechtbank realiseert zich dat op moment van de uitspraak mogelijk niet direct een behandelplaats bij instelling X of soortgelijke instelling beschikbaar is. Uit het systeem van de wet volgt dat dit in de praktijk voor verdachte zal betekenen dat hij, ondanks dat de voorlopige hechtenis wordt opgeheven, tot aan het moment van beschikbaar komen van een behandelplek nog feitelijk in detentie zal moeten blijven. De reclassering heeft in de dagen na de zitting getracht duidelijkheid te krijgen over een plaatsingsdatum (garantiedatum) maar deze kon de FPA ons niet geven omdat er een wachtlijst was...” (casus Q)

Er is discussie over de vraag of er wel voldoende hoog beveiligde capaciteit in de GGZ beschikbaar is en of deze capaciteit voldoende wordt ingekocht door de zorgverzekeraars. Hoog beveiligde plaatsen in bijvoorbeeld een KIB zijn schaars, waardoor sprake is van wachtlijsten. Bij een plaatsing in een FPC is de GGZ zorgaanbieder verantwoordelijk voor de extra kosten (die te maken hebben met het beveiligingscomponent van zo'n instelling) die de zorgverzekeraar veelal niet wil betalen. Het komt ook voor dat een geneesheer-directeur besluit een cliënt ontslag te verlenen, terwijl het gevaar dat deze cliënt veroorzaakt nog geenszins is geweken.

“...Passende zorg voor cliënt kan na afloop van de titel niet binnen regulier kader worden verzorgd. De geneesheer-directeur kiest uiteindelijk voor ontslag. Arnold is op de afdeling vele malen gevaarlijker dan hij buiten ooit geweest is. Buiten kan hij bij de meeste situaties die zijn agressie prikkelen uit de buurt blijven. Het besluit valt met een bezwaard gemoed, want het is wel duidelijk dat van alle wangedrag van de heer A in de toekomst het APZ de schuld zal krijgen...” (Casus Z)

Ook forensische (f)-ACT-teams kunnen wellicht bij dergelijke cliënten uitkomst bieden. De forensische (f)-ACT-teams geven zelf aan dat er in hun sector sprake is van verschraving, en dat de teams onvoldoende van de grond komen. Forensische (f)-ACT teams kunnen als vorm van preventie langs gaan bij reguliere FACT teams. Deze preventie voorkomt dat een cliënt potentieel een delict pleegt. Echter wordt deze vorm van zorg niet gefinancierd.

“...Elke 2 weken bezoekt een vast teamlid van het Forensische (f)-ACT team alle twaalf reguliere (f)-ACT teams (EPA doelgroep). Deze vorm van consultatie kost het team 8 uur per week, inclusief extra risico-taxaties en reistijd. Het wordt niet gefinancierd...” (casus X)

Het niet beschikbaar zijn van passende zorg veroorzaakt bij zorgaanbieders een toegenomen werklust om cliënten naar een vervolgvoorziening te plaatsen. Daarnaast ontvangen cliënten niet tijdig de passende zorg.

Doordat de gemeenten pas sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk zijn voor de zorg in beschermd wonen, ontstaat er nog veel onduidelijk over de beschikbaarheid en de wijze waarop gemeenten cliënten toewijzen. Deze onduidelijkheid zorgt voor een versterking van de ervaren problematiek.

“...Er is gemeente X gevraagd mee te denken over de vervolgzorg. Het besluit van de gemeente is dat tegen het eind van de forensische zorgtitel een aanvraag bij het wijkteam neergelegd kan worden met de vraag voor ondersteuning, bekostigd vanuit de Wmo. Zij zullen de aanvraag in behandeling nemen en mogelijk dat dit leidt tot een financiering; dit geeft echter geen garantie...” (casus R)

2.5 Probleemgebied: doorstroom na detentie, inhoudelijke overgang is te groot

De eerste drie probleemgebieden hebben betrekking op de overgang van forensische zorg naar reguliere zorg. Er worden echter ook knelpunten ervaren bij het realiseren van directe vervolgzorg na afloop van de detentieperiode (in het kader van de voorlopige hechtenis of het uitzitten van een vrijheidsstraf). In een PI heerst een cultuur van beperkte vrijheden binnen een beveiligde setting en bejegening gericht op het stellen van grenzen. De overgang naar de zorg is vaak groot, omdat daar meer aankomt op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Voor cliënten is het vaak lastig om met deze vrijheden om te gaan. Dit heeft tot gevolg dat de cliënt na uitplaatsing vanuit detentie naar de forensische zorg (als voorwaardelijke sanctie) soms weer wordt teruggestuurd naar de PI. Wanneer dit vaker voorkomt leidt het er bij zorgaanbieders toe dat zij minder geneigd zijn om cliënten uit een PI op te nemen. Het probleem wordt versterkt doordat PI's minder vaak verlof toekennen, uit angst voor het feit dat het mis kan gaan. Hierdoor wordt in een nog kleinere mate geoefend met vrijheden.

Hier komt bij dat de afloop van de strafrechtelijke titel soms onverwacht komt (bij directe vrijlating na een periode van voorlopige hechtenis) en dat de periode om vervolgzorg te regelen hierdoor soms (relatief) kort is. De benodigde, tijdige afstemming tussen de PI of PPC en de reguliere zorg (zorgaanbieder en indicatiesteller) om een succesvol vervolg te realiseren komt niet altijd tot stand. Dit verkleint ook de kansen dat de cliënt gemotiveerd is om aan de benodigde vervolgzorg mee te werken.

Een praktisch knelpunt is dat het moment waarop duidelijk is dat een cliënt wordt vrijgelaten soms op een zodanig tijdstip op de dag is (laat in de middag), dat een 'warme overdracht' tussen PI en de vervolgzorg niet mogelijk is. Met name voor cliënten die niet echt gemotiveerd zijn, maar waarvoor ook geen gronden zijn voor een verplicht zorgkader (RM) leidt dit soms tot problemen.

Doordat sprake is van een beperkte beschikbaarheid van vervolgzorg na afloop van detentie (combinatie met het voorgaande probleemgebied) wordt bovenstaande problematiek verergerd. Deze discontinuïteit leidt soms tot recidive van de cliënt waarvoor geen vervolgzorg beschikbaar is.

"...Een van de belemmeringen waar we tegenaan lopen is het verschil in cultuur en dan met name het leefklimaat in veel PI's vergeleken met onze woonvoorzieningen. Die overgang is hoe dan ook enorm. Maar doordat het feit dat in de meeste FPK's/PPC's/PI's de bejegening gericht is op beheersing en alles wordt bepaald (en kan worden bepaald) voor betrokkene maakt het feit dat iemand doorstroomt naar een voorziening waar alles mag, men uitgaat van eigen verantwoordelijkheid en motivatie gebeurt middels verleiding, soms onoverbrugbaar..." (issue nr. 5)

"...Voor cliënten met korte straffen, is vaak niet direct na detentie opvang geregeld, ook al zitten ze in een traject om een plek in de opvang te krijgen. De wachtlijsten zijn echter lang, de datum van ontslag uit detentie is lang niet altijd van te voren bekend en plekken in de woonvoorzieningen zijn niet direct beschikbaar. Op het moment dat de plek er wel is, heeft cliënt veelal weer nieuwe delicten gepleegd..." (issue nr. 9)

2.6 Probleemgebied: onduidelijkheid onder welk stelsel iemand valt (wie betaalt)

Tot slot in de vijf belangrijkste geformuleerde probleemgebieden behoort de multi-problematiek bij cliënten. In het vrijwillige kader wordt zorg, afhankelijk van aandoening en aanbod, door een andere financier bekostigd. Bij multi-problematiek is het de vraag, met name bij de LVB en GGZ doelgroep, uit welk kader de zorg gefinancierd dient te worden. Het gevaar bij deze cliënten bestaat dat zij tussen wal-en-schip komen, waardoor de passende zorg niet (tijdig) geleverd kan worden.

Het knelpunt ontstaat zowel op het raakvlak tussen de Zvw en de Wlz en tussen de Wlz en Wmo en tussen Zvw en Wmo.

"...Het probleem hier, en het probleem dat ik denk vaker tegen te komen, is de verwijzing naar elkaar bij cliënten die een combinatie hebben van VG-problematiek en GGZ-problematiek. Allebei de partijen (CIZ en gemeente) lijken de verantwoordelijkheid niet op zich te willen nemen. Beide partijen kijken dan ook puur naar de kosten op de korte termijn in plaats van op de lange termijn. Op de korte termijn scheelt dit natuurlijk geld als zij de indicatie niet af geven, echter cliënt gaat zeer waarschijnlijk zonder goede nazorg met ontslag, en dan zijn de problemen/kosten op langere termijn niet te overzien..." (casus V)

2.7 Overige knelpunten

Ook het opschorten van de zorgverzekering bij gedetineerden zorgt voor een onzekerheid over de financiering van zorg en voor extra administratieve lasten. Dit heeft consequenties voor de zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De zorgverzekering wordt opgeschort bij de start van detentie en weer geactiveerd wanneer de cliënt wordt vrijgelaten. Op de dag van de start van detentie en de dag van ontslag, kan het voorkomen dat de zorgverzekering is opgeschort. Voor deze dagen is het voor zorgaanbieders niet mogelijk om de zorg te declareren bij zorgverzekeraars. Er mist dan een dag in de vergoeding. In sommige gevallen hebben aanbieders afspraken gemaakt hoe ze deze 'dag' alsnog kunnen declareren. Dit is echter omslachtig en kost daardoor extra tijd.

Soms wordt de zorgverzekering (tegen de afspraken in) al in de politiecel opgeschort. Als er dan zorg vanuit de crisisdienst bij de gedetineerde moet komen, wordt deze crisis-DBC niet vergoed door de zorgverzekeraar (zorgverzekering is opgeschort) en niet door DForZo (zorg is niet in het kader van een strafrechtelijke titel). De zorgaanbieder draagt de kosten voor deze zorg dan meestal zelf.

Bij de zorgverzekeraars kan het voorkomen dat zij geen detentieverklaring ontvangen. Als de woning van de gedetineerde verlaten achterblijft, kan de klant in de 'Adres Onbekend procedure' terechtkomen als gevolg van retour gekomen post. Als er geen nieuw adres wordt achterhaald, wordt de klant op termijn uitgeschreven en raakt zonder verzekering zonder dat hij het in de gaten heeft. De ex-gedetineerde komt hier pas achter als er al medische kosten zijn gemaakt.

2.8 Conclusie

De verschillende knelpunten en aangeleverde casuïstiek laten zien dat door de verschillende financieringsovergangen een diversiteit van knelpunten ontstaan. Doordat het huidige stelsel complex is, is niet goed te onderscheiden wat de exacte oorzaak is van elk knelpunt. De oplossingsrichtingen dienen deze complexiteit dan ook niet te versterken.

In dit hoofdstuk beschrijven wij de oplossingsrichtingen die zijn aangedragen. De oplossingsrichtingen zijn afkomstig uit verschillende bronnen:

- Oplossingsrichtingen zoals aangedragen door de leden van de werkgroep en hun achterban;
- Oplossingsrichtingen die zijn verzameld door een uitvraag op GGZ Connect;
- Oplossingsrichtingen die zijn verkregen uit de individuele consultaties die hebben plaats gevonden;
- Oplossingsrichtingen geformuleerd door het projectteam.

Tijdens de werkgroep zijn geïnventariseerde oplossingsrichtingen besproken en waar mogelijk gekoppeld aan de vijf geprioriteerde probleemgebieden en bijbehorende knelpunten. Vervolgens zijn binnen de werkgroep keuzes gemaakt voor voorkeursoplossingen.

In dit hoofdstuk beschrijven wij de gepresenteerde oplossingsrichtingen. De oplossingsrichtingen richten zich op vijf typen oplossingen, namelijk:

1. Flexibiliteit in de zorgstelsels;
2. Betere afstemming en communicatie;
3. Harmoniseren van indicatiestelling;
4. Hybride zorgvormen;
5. Overige.

Niveau			
Type oplossingen	Bestuurlijk niveau	Beleids- en Proces niveau	Casus niveau
Flexibiliteit in de stelsels	Afspraken over financiering voorafgaand of aansluitend na een forensische titel		
	Mogelijke overheveling middelen tussen forensisch kader en zorgkader (Zwv) (Nza beleidsregel)		
	Mogelijkheid reguliere GGZ om bij een complexe casus een minimale beveiligingsvariant te factureren		
Afstemming en communicatie		Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor passende nazorg	
		Regionaal overleg voor betere afstemming aan de voorkant	
		Vroegtijdige en intensieve samenwerking tussen woonvoorzieningen en PI/FPK	
		Kennissuitwisseling in de vorm van structurele consultaties tussen verschillende professionals	
		Uitstroomcoördinator	
Harmoniseren indicatiestelling	Voortzetting van zorg na een forensische titel		Voortzetting van zorg na een forensische titel
	Overgangstermijn hanteren voor indicatiestelling: nieuwe eigenaar neemt indicatie oude eigenaar over/trajectkaart		In een vroeg stadium overleggen met indicatiestellers en betrokkenen
Hybride zorgvormen	Soepeler omgaan met diverse rechtspositionele regelingen		Hybride begeleid en beschermd wonen locaties (flexibiliteit) en hybride behandelteams
Overig		Impulsen inbouwen in de zorginkoop voor betere ketenzorg (uitbreiden bij zorgaanbieders)	Voldoende beschikbaarheid plaatsen en capaciteit
		Vrijblijvende en laagdrempelige zorg: outreachend ambulant team	Knelpunten procedures opschorten zorgverzekering oplossen

Tabel 2. Oplossingsrichting op verschillende niveaus

Tabel 2 geeft een overzicht van de oplossingsrichtingen en op welk niveau (bestuurlijk, beleid/proces, casus) de oplossingen betrekking hebben. Tabel 3 geeft aan voor welke probleemgebieden ze een oplossing bieden. De oplossingsrichtingen werken wij in het vervolg van dit hoofdstuk uit.

Oplossingsrichtingen	Probleemgebied					
	1	2	3	4	5	Overig
Afspraken over financiering voorafgaand of aansluitend na een forensische titel	X					
Mogelijke overheveling middelen tussen forensisch kader en zorgkader (Zvw) (Nza beleidsregels)	X					
Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor passende nazorg	X	X	X	X	X	
Mogelijkheid reguliere GGZ om bij een complexe casus een minimale beveiligingsvariant te factureren		X				
Hybride begeleid en beschermd wonen locaties (flexibiliteit) en hybride behandelteams		X	X			
Impulsen inbouwen in de zorginkoop voor betere ketenzorg (uitbreiden bij zorgaanbieders)		X	X			
Soepler omgaan met diverse rechtspositionele regelingen		X	X			
Voortzetting van zorg na een forensische titel		X	X	X		
Regionaal overleg van betere afstemming aan de voorkant		X		X		
Vrijblijvende en laagdrempelige zorg: outreached ambulant team		X		X		
Kennisuitwisseling in de vorm van structurele consultaties tussen verschillende professionals		X	X		X	
Overgangstermijn hanteren voor indicatiestelling: nieuwe eigenaar neemt indicatie oude eigenaar over		X			X	
Uitstroomcoördinator		X	X	X	X	
Voldoende beschikbaarheid plaatsen en capaciteit			X			
In een vroeg stadium overleggen met indicatiestellers en betrokkenen				X		
Vroegtijdige en intensieve samenwerking tussen woonvoorzieningen en PI/FPK				X		
Knelpunten procedures opschorten zorgverzekering oplossen						X

Tabel 3. Koppeling oplossingsrichtingen en probleemgebieden

3.1 Flexibiliteit in de stelsels

In de aangedragen oplossingsrichtingen en 'best practices' zitten drie oplossingsrichtingen die te maken hebben met meer flexibiliteit in de zorgstelsels. Wij beschrijven ze hieronder.

3.1.1 Maken van afspraken tussen de verschillende opdrachtgevers over financiering voorafgaand of aansluitend na een forensische titel

Een vaak genoemd knelpunt is de onzekerheid rond de financiering van de zorg voor zorgaanbieders bij de overgang tussen twee stelsels, in het bijzonder van de forensische zorg naar de reguliere zorg. Deze casuïstiek komt vooral voor in de volgende situaties: de overgangen van de forensische zorg naar de reguliere klinische zorg, de overgang naar de (intensieve) ambulante zorg (zoals wordt geboden in (f)-ACT-teams) in een regulier kader en de overgang van forensische zorg naar beschermd wonen in een regulier kader.

GGZ aanbieders zijn vaak al in een vroegtijdig stadium betrokken bij het uitvoeren van intakes en eerste diagnostiek bij een, naar verwachting, cliënt met een strafrechtelijke titel. Als deze titel niet wordt opgelegd, of het plaatsingsbesluit ligt op een later moment dan het leveren van de zorg, ontstaat voor zorgaanbieders onzekerheid of ze deze verleende zorg vergoed krijgen. Ook bij continuering van zorg na afloop van een strafrechtelijke titel ontstaat er regelmatig discussie over de bekostiging. Hier zijn echter afspraken over gemaakt in het jaarverantwoordingstraject. Er is landelijk afgesproken dat er bij continuering van zorg na de strafrechtelijke titel geen separate verwijzing van de huisarts nodig is, maar een melding binnen 30 dagen aan de huisarts en aantoonbaar in het cliëntendossier volstaat als rechtmatige verwijzing (Plan van aanpak NBA audit alert 32 GGZ van 1 december 2014, hoofdstuk 4).

Voorgesteld wordt enerzijds de communicatie hierover te verbeteren. Daarnaast wordt aangegeven dat DJI en zorgverzekeraars mogelijkheden moeten creëren voor partijen die in een vroeg stadium intakes verrichten bij klinische forensische cliënten en bij gedetineerden om hun tijd en inzet vergoed te krijgen.

Een tweede situatie waarbij afspraken over de financiering een oplossing kunnen bieden is bij de overgang van forensische zorg naar een reguliere beschermde woonplek gefinancierd door gemeenten. Onder aanbieders van beschermd wonen is soms terughoudendheid om een cliënt als vervolg op de forensische zorg op te nemen. De onduidelijkheid of de gemeenten de financiering van de zorg continueren is een belangrijke oorzaak van deze terughoudendheid.

Zowel het zorgen voor de beschikbaarheid van plaatsen voor beschermd wonen en het organiseren van de beschikbaarheid van deze plaatsen voor cliënten na afloop van een forensisch titel valt sinds 2015 onder de verantwoordelijkheid van gemeenten en is relatief nieuw. Daarnaast heeft een individuele gemeente geen zicht op de afspraken die DForZo maakt over beschermd wonen in een forensisch kader en heeft daarom geen zicht op de te verwachten vervolgbehoefte. Om deze redenen is het van belang dat hierin op landelijk en regionaal niveau meer inzicht wordt gegeven en tevens afspraken worden gemaakt over hoe partijen hiermee om kunnen gaan. Bij deze landelijke afspraken zijn bij voorkeur DJI, de VNG en gemeenten (bijvoorbeeld op het niveau van de G32) betrokken.

3.1.2 Mogelijkheid voor overheveling middelen tussen forensisch kader en zorgverzekeringswet (gebruiken van de NZa beleidsregel)

Het blijkt dat de verschillende financierings- en bekostigingsregimes in het strafrechtelijk kader en de Zvw voor een aantal knelpunten zorgen. Het komt voor dat productieafspraken zijn gemaakt met de afzonderlijke inkoopende partijen (zorgverzekeraar en DJI) waarbij in totaliteit voldoende capaciteit is afgesproken, maar dat een tekort in capaciteit ontstaat in een van de twee segmenten, terwijl in het andere segment juist capaciteit over is. Om hiervoor een oplossing te bieden heeft de NZa begin 2014 een beleidsregel gepubliceerd waarin ze beschrijft dat middelen tussen de Zvw en door DJI gefinancierde afspraken kunnen worden overgeheveld.

Met deze beleidsregel kunnen zorgaanbieders die zowel forensische zorg als Zvw-gefinancierde zorg leveren een melding maken van overheveling van middelen van de productieafpraak met betrekking tot forensische zorg naar de Zvw-productieafpraak en vice versa. Voorwaarde hiervoor is dat zowel de zorgverzekeraar als DForZo het daarmee eens zijn, omdat deze overheveling leidt tot aanpassing van de kaders van VWS en V&J. Het beleid met betrekking tot deze meldingen staat beschreven in de betreffende beleidsregel. Na ontvangst van de melding door de NZa, verstrekt de NZa een opgave van de per saldo overgeheveld bedragen van FZ naar de Zvw of omgekeerd aan de betrokken ministeries. De werkwijze is dat zorgaanbieders een inschatting moeten maken voor het jaar 2015 en een door drie partijen ondertekend formulier voor 15 juli 2015 indienen bij de NZa. Het blijkt dat de verschillende financierings- en bekostigingsregimes in het strafrechtelijk kader en de Zvw voor een aantal knelpunten zorgen. Het komt voor dat door de zorgaanbieder voldoende capaciteit is ingekocht, maar dat een tekort in capaciteit ontstaat in een van de twee segmenten, terwijl in het andere segment juist capaciteit over is. Om een oplossing te bieden hiervoor heeft de NZa begin 2014 een beleidsregel gepubliceerd waarin ze beschrijft dat middelen tussen allebei de stelsels kunnen worden overgeheveld.

Uit de praktijk blijkt echter dat deze beleidsregel niet wordt toegepast. Een aantal mogelijke redenen hiervoor zijn:

- a. De beleidsregel blijkt onder zorgaanbieders en zorgverzekeraars relatief onbekend;
- b. Daarnaast verhoudt de individuele casuïstiek zich slecht tegenover zo'n maatregel, er moet namelijk maatwerk op individueel niveau geleverd worden;
- c. Zorgaanbieders willen voorkomen dat een overheveling van middelen leidt tot een blijvende lagere productieafspraken;
- d. De zorgcontinuïteit die je wilt regelen voor een cliënt gaat over een individueel zorgtraject. Bij overgang naar een andere financier gelden andere regels rond tarifiering en indicatiestelling en loop je het risico dat minder geld beschikbaar is voor dezelfde cliënt. De middelen zijn dan wel overgeheveld maar er is een risico dat een lager tarief betaald wordt. Indicatiestelling en tarifiering worden door de beleidsregel niet overgenomen;
- e. De over te hevelen middelen (inschatting) dienen uiterlijk 15 juli van het betreffende jaar bij de Nza gemeld te worden, ondertekend door de zorgaanbieder, de betreffende zorgverzekeraar en DJI. Het is lastig om halverwege het lopende jaar deze inschatting te maken. Hierbij speelt de schadelastsystematiek van de zorgverzekeraars een rol. Omdat de Zvw werkt met schadelastjaren is er pas ruim na afloop van een jaar goed zicht op onder- en overproductie.

Naast het breder bekend maken van de mogelijkheden van de beleidsregel is het aan te bevelen te onderzoeken wat de belemmeringen zijn om de beleidsregel toe te passen in de praktijk en de toepassing van de beleidsregel in overleg met zorgverzekeraar, DJI en zorgaanbieders te vereenvoudigen.

3.1.3 Mogelijkheid voor reguliere GGZ om een minimale beveiligingsvariant te factureren

Een laatste oplossingsmogelijkheid die is genoemd in het kader van meer flexibiliteit tussen de stelsel in de financiering van de zorg is het introduceren van de mogelijkheid voor GGZ zorgaanbieders om ook in de Zvw een minimale beveiligingsvariant te kunnen declareren of tijdelijk een hogere verblijfsintensiteit. Op dit moment is dat niet mogelijk. Het verblijf bij een zorgaanbieder wordt bekostigd op basis van verblijfsintensiteit waar geen rekening is gehouden met eventuele extra kosten voor beveiliging. Bij cliënten met complexe casuïstiek of sterke gedragsproblematiek kan deze minimale beveiligingsvariant bijvoorbeeld zorgen voor (tijdelijk) extra mankracht om de zorg te intensiveren. Dit betekent dat de behoefte en noodzaak van de cliënt met betrekking tot zorgintensiteit en beveiliging voorop komt te staan en niet primair het stelsel waarin de cliënt zich 'toevalligerwijs' bevindt.

3.2 Betere afstemming en communicatie

Onder de aangedragen oplossingsrichtingen en 'best practices' bevinden zich oplossingen die te maken hebben met het verbeteren van de onderlinge afstemming en communicatie. Het gaat hierbij om zowel overleg op beleidsmatig niveau en beoogde afstemming van beleid en procedures te bewerkstelligen tussen de verschillende betrokken partijen als over concrete afstemming en samenwerking op casusniveau.

3.2.1 Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor passende nazorg

Omdat bij het organiseren van passende zorg na afloop van een strafrechtelijke titel vaak veel partijen betrokken zijn, is het soms niet duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is en welke concrete inspanning door wie geleverd moet worden. Een oplossing die is aangedragen door de werkgroep is het gebruikmaken van een driepartijenovereenkomst waarin de gedeelde verantwoordelijkheid van betrokken partijen voor het organiseren van de gehele zorgketen wordt vastgelegd. Bijvoorbeeld bij een klinische forensische opname waarin zowel de bijdrage van de forensische kliniek, de cliënt zelf en de reclassering worden vastgelegd ten behoeve van het vinden van een passend traject na beëindiging van een maatregel. In deze meerpartijen-overeenkomst kan ook opgenomen worden dat de zorgverzekering weer wordt geactiveerd.

3.2.2 Regionaal overleg forensische zorg: betere afstemming aan de voorkant

Meerdere suggesties voor oplossingen hebben betrekking op regionale afstemming tussen betrokken organisaties over het organiseren van continuïteit van zorg voor cliënten die zorg nodig hebben na een forensische titel. Het overleg richt zich veelal op twee niveaus. Een meer beleidsmatig niveau waar men elkaar op de hoogte houdt van de verschillende (nieuwe) ontwikkelingen, knelpunten betreffende de continuïteit van zorg binnen de forensische zorg in de regio en het gezamenlijk bedenken van oplossingen voor deze knelpunten. Daarnaast is vaak sprake van een overleg op uitvoeringsniveau, waarin casuïstiek wordt besproken. Hierin bespreken zij knelpunten en organiseren ze vervolgzorg.

Het overleg kan een brede samenstelling hebben maar kan ook in kleiner verband plaatsvinden afhankelijk van de agenda. Deelnemers zijn in de regel de PI, aanbieders van forensische klinische en/of ambulante zorg, VG-aanbieders, aanbieders van reguliere GGZ en woonvoorzieningen, en de reclassering.

Belangrijke nevenopbrengst van de regionale overleggen is dat deelnemers ervaren dat doordat men elkaar beter leert kennen de communicatie en de samenwerking soepeler en effectiever verloopt. Dankzij dit overleg weten ketenpartners elkaar makkelijker en sneller te vinden bij knelpunten in het regelen van zorgcontinuïteit voor specifieke cliënten en over het geheel.

3.2.3 Voldoende beschikbaarheid plaatsen en capaciteit

Zoals genoemd in de knelpunten wordt in het veld ervaren dat er te weinig beschikbare capaciteit is, met name in de beschermde woonvormen. Dit ligt enerzijds aan de beschikbaarheid van beschermd wonen, anderzijds doordat de 'achterdeur' van beschermd wonen, de doorstroom naar zelfstandig of begeleid wonen (al dan niet in combinatie met ambulante zorg), niet altijd goed is georganiseerd (onder andere door de beperkte beschikbaarheid van geschikte woonruimte). Hierdoor ontstaat het beeld dat niet alle cliënten in beschermd wonen de wooncomponent ook daadwerkelijk nodig hebben. Ook voor ambulante FACT-teams en klinische GGZ plaatsen zijn in toenemende mate signalen dat te weinig capaciteit wordt ingekocht en dat er te weinig uitbreiding plaatsvindt van zowel reguliere en forensische (f)-ACT-teams.

Succesvolle ambulantisering van klinische GGZ kan alleen plaatsvinden als daar voldoende ambulante begeleiding tegenover staat en er voldoende passende woonvoorzieningen zijn. Hetzelfde geldt voor de ambulante forensische teams. Deze teams bieden intensieve ambulante behandeling en begeleiding aan psychiatrische cliënten die gedetineerd zijn geweest, in een tbs-kliniek behandeld zijn geweest of via de reclassering zijn verwezen. Deze teams zorgen ervoor dat de zorg wordt gecontinueerd na afloop van de strafrechtelijke titel waardoor terugval wordt voorkomen. Naast dat deze ambulante voorzieningen beschikbaar moeten zijn, is het ook een randvoorwaarde om tijdens deze zorg op- en af te kunnen schalen naar tijdelijke klinische of woonvoorzieningen.

Om de benodigde capaciteit voor de verschillende zorgvormen beter te kunnen inschatten is het nodig dat het inkoopbeleid van de verschillende stelsels beter op elkaar aansluit. Zo kan V&J meer inzicht geven aan gemeenten in welke omvang en waar ze capaciteit voor beschermd wonen heeft ingekocht en zou ze, op basis van ervaringscijfers, uitstroombepalingen af kunnen geven over benodigde vervolgzorg na forensisch titels. Ook zorgaanbieders kunnen aan hun opdrachtgevers meer inzicht geven in de zorgpaden die de verschillende doelgroepen doorlopen en proberen op basis van deze zorgpaden meer richting kunnen geven aan de inhoud van de zorginkoopgesprekken.

3.2.4 Impulsen inbouwen in de zorginkoop voor betere ketenzorg

Met de zorginkoop door DForZo kunnen prikkels worden aangebracht ter bevordering van voldoende capaciteit het goed organiseren van nazorg. Zo wordt genoemd dat prikkels kunnen worden geboden richting de reguliere GGZ en VG om cliënten met een forensische achtergrond in behandeling te nemen indien zorg na de forensische titel nodig is. Bijvoorbeeld door het waarborgen van terugvalopties bij crisis of het organiseren van consultatiemogelijkheden bij de forensische zorgaanbieders. Ook wordt als mogelijkheid genoemd om forensische zorgaanbieders die goed in staat blijken te zijn de nazorg te organiseren te belonen. Bijvoorbeeld door een ruimere inkoopafpraak met deze zorgaanbieders te maken in termen van aantallen cliënten.

3.2.5 Vroegtijdige en intensieve samenwerking tussen woonvoorzieningen en PI/FPK

De oplossing richt zich op het vroegtijdig samenwerken tijdens het verblijf in de PI of in een (sterk) beveiligde setting voor klinische forensische zorg. Reeds tijdens dat verblijf kan worden geoefend met vrijheden en verlof. De woonvoorziening, waar de vervolgzorg geboden wordt, wordt vroegtijdig betrokken in het traject. Daarnaast is de nazorg vanuit de kliniek of de PI goed geregeld (inclusief een terugkeergarantie of terugvalvoorziening), ook als is daar formeel geen financiering meer voor. Hierdoor is bij de woonvoorzieningen veel vertrouwen dat zij er zijn als nodig waardoor men grotere risico's durft te nemen bij de opname van de ingewikkeldere cliënten.

Ook is er sprake van deskundigheidsuitwisseling en daardoor grotere bekendheid met elkaars organisaties. Door deze intensievere samenwerking tussen de PI of forensische kliniek en de woonvoorziening sluit de bejegening veel beter aan bij die van de woonvoorzieningen dan als de samenwerking er niet is.

3.2.6 Kennisuitwisseling in de vorm van structurele consultaties tussen verschillende professionals

Bij verschillende oplossingsrichtingen is het organiseren van structurele vormen van kennisuitwisseling een effectieve manier om meer kennis te verkrijgen over de cliënten, de processen binnen de verschillende stelsels en om te komen tot een optimale wijze van afstemming en samenwerking. Structurele kennisuitwisseling vindt bijvoorbeeld plaats tussen de reguliere GGZ en de forensische GGZ (ook binnen geïntegreerde instellingen) rond thema's als herstelondersteunende zorg, het toepassen en inzetten van risicotaxaties en hoe om te gaan met pre-delictgedrag. Daarnaast wordt kennisuitwisseling genoemd als oplossingsrichting om (verplichte) zorg in toenemende mate in te zetten als middel om delictgedrag te verminderen en makkelijker de verbinding te kunnen leggen tussen de reguliere GGZ in het kader van de toekomstige Wet verplichte GGZ (nu nog de Bopz) en de GGZ in het kader van een strafrechtelijke titel via de Wfz. Kennisuitwisseling tussen het OM, de rechtspraak en de GGZ rond de toepassing van artikel 2.3 Wfz kan hier een bijdrage aan leveren.

Ten slot wordt kennisuitwisseling genoemd door het inzetten van medewerkers in de vervolgvoorziening om kennis te delen of de vervolg behandelaars/begeleiders te ondersteunen. Tevens kan dit de andere kant op waarbij medewerkers van de vervolgvoorziening geconsulteerd en betrokken worden bij het nadenken over de best passende oplossing voor nazorg en een adequate voorbereiding van de cliënt daarop. Concreet voorbeeld zijn SPV-ers van GGZ zorgaanbieders die in de PI of HvB de nazorg helpen organiseren.

3.2.7 Uitstroomcoördinator en trajectkaarten

Een genoemde oplossing gericht op het voorkomen of oplossen van knelpunten met betrekking tot individuele casussen is het aanstellen van een uitstroomcoördinator. Wanneer een behandelaar problemen ondervindt tijdens het proces van uitplaatsing dan kan men een beroep doen op de uitstroomcoördinator. Daarnaast legt de uitstroomcoördinator contact met de belangrijkste ketenpartners en is hij bezig met het bemiddelen tussen uitstroomdoelen van betreffende zorgaanbieder en de zorgaanbieders die uiteindelijk de zorg van de betrokkenen dienen over te nemen. Een zorgaanbieder die hiermee werkt noemt de eerste resultaten positief, enkele cliënten staan op de nominatie om te kunnen worden overgeplaatst naar een vervolginstelling. Hierdoor kan sneller passende zorg worden gerealiseerd.

Door een zorgaanbieder is genoemd dat wordt gewerkt met een in- door- en uitstroomcoördinator die het gehele traject van de cliënt intern en extern bewaakt, samen met verantwoordelijken op de verschillende afdelingen en de ketenpartners. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een individuele trajectkaart voor een cliënt. De trajectkaart van een cliënt geeft vooraf de hulpvraag en de risicofactoren weer en legt de zorg en de te nemen stappen vast. Op de trajectkaart staat duidelijk geformuleerd wanneer iets geregeld moet worden voor een individuele cliënt. Deze structuur in de totale behandeling biedt ook cliënten meer perspectief op een overzichtelijke en resultaatgerichte manier.

3.3 Harmoniseren indicatiestelling

3.3.1 Voortzetting van zorg na een forensische titel

Het knelpunt van het niet beschikbaar zijn van capaciteit voor beschermd wonen of maatschappelijke opvang wordt door sommige aanbieders en gemeenten opgelost door van tevoren afspraken te maken over specifieke wachttijden voor cliënten die op forensische titel in beschermd wonen of in de maatschappelijke opvang verblijven. Bij deze voorzieningen vindt voor cliënten waarvoor de strafrechtelijke titel afloopt administratief een omzetting plaats. De cliënt komt automatisch bovenaan de wachtlijst van de voorziening waar de cliënt al verblijft. Ook worden de plaatsing van specifieke personen (zoals in de Top600 in Amsterdam) geprioriteerd om een snelle crisisplaatsing mogelijk te maken: 'als er vandaag een plek nodig is, wordt vandaag een plek geregeld'. Het nadeel is wel dat de vraag naar deze mogelijkheden om direct geplaatst te kunnen worden vaak groter is dan het aanbod.

3.3.2 In een vroeg stadium overleggen met betrokken indicatiestellers

Verskillende oplossingen hebben betrekking op het vroegtijdig in het proces afstemming organiseren tussen de betrokken indicatiestellers. Een oplossingsrichting beschrijft hoe er vanuit de PI en PPC in een vroeg stadium (soms al bij of snel na instroom) overleg met de reclassering plaatsvindt om gezamenlijk tot een advies te komen. Hierdoor is er snel duidelijkheid voor alle partijen over de inhoud van het advies wat de reclassering zal gaan geven. Middels de aanvraag voor een uitplaatsing naar de forensische zorg (op basis van artikel 15.5 Pbw) kan geanticipeerd worden op het advies van de reclassering: opname op basis van een bijzondere voorwaarde (in het vonnis). Op deze manier kan toch ook tijdens een kortdurend verblijf in een huis van bewaring toegewerkt worden naar een klinische opname.

Hierdoor kan eerder worden gestart met de zorg en wordt meer doorlooptijd gecreëerd om een cliënt te behandelen en ook om een traject op de langere termijn uit te zetten.

Een ander voorbeeld waarin in een vroegtijdig stadium overleg plaatsvindt, is als de PI wordt ingeseind zodra er een verzoek tot verdiepingsdiagnostiek komt vanuit de reclassering ten behoeve van een reclasseringsadvies. Zodra de zorgaanbieder start met de verdiepingsdiagnostiek houden zorgaanbieder, de PI en de reclassering elkaar op de hoogte van zowel de voortgang als de uitkomsten. Intern wordt de gedetineerde op de hoogte gesteld en voorbereid (waarmee de kans op vrijwillige deelname en motivatie hiervoor ook vergroot kan worden) en wordt een en ander binnen het PMO gecommuniceerd. In enkele gevallen wordt de reguliere GGZ aanbieder gefaciliteerd om de PI binnen te komen, omdat ook daarmee de kans op deelname vergroot kan worden. Het blijft hierbij complicerend dat de gemiddelde verblijfsduur in een PI drie maanden is. Indien er verdiepingsdiagnostiek nodig is ten behoeve van een zorgtraject tijdens of na detentie wordt de diagnostiek vaak door de PI zelf verricht of door het NIFP. Ook dat gebeurt in afstemming met de zorgaanbieder die betrokken zijn bij het vervolgtraject.

3.3.3 Overgangstermijn hanteren voor indicatiestelling: nieuwe eigenaar neemt indicatie oude eigenaar over/trajectkaart

V&J (DForZo) koopt jaarlijks een aantal forensische plekken in bij instellingen voor beschermd wonen. Wanneer de titel van de bewoner in kwestie afloopt, wordt de zorg gecontinueerd in de Wmo, een gedecentraliseerd stelsel waarin gemeenten verantwoordelijk zijn voor de inkoop. De vraag is hoe de continuïteit van zorg voor de cliënt kan worden vormgegeven in het gedecentraliseerde stelsel, waarbij elke gemeente zijn eigen beleid omtrent de toegang tot beschermd wonen vormgeeft.

Om de continuïteit van zorg te garanderen, terwijl tegelijkertijd recht wordt gedaan aan de wens en zeggenschap van de gemeente over de indicatiestelling, wordt voorgesteld een overgangperiode van maximaal zes maanden in te voeren. In deze overgangperiode, startend vanaf het moment dat de strafrechtelijke titel afloopt en de financiering overgaat van V&J naar gemeenten, wordt de dan lopende indicatiestelling ongewijzigd gecontinueerd maar wel al betaald door de gemeente. Zorgaanbieder en de gemeente benutten deze periode van maximaal zes maanden om sluitende afspraken te maken over de benodigde zorg en de bijbehorende zorgvraag en financiering. Deze periode kan bestaan uit de wettelijke periode van acht weken waarin onderzoek (indicatie) wordt gedaan en hiervoor een beschikking wordt afgegeven.

Vervolgens kan binnen een periode (bijvoorbeeld maximaal vier maanden) georganiseerd worden dat de cliënt daadwerkelijk op de juiste plek terecht komt. Deze werkwijze kan ook toegepast worden in de situaties dat vervolgzorg nodig is bij de overgang van forensische naar reguliere ambulante zorg of begeleiding gefinancierd door gemeenten.

3.4 Hybride zorgvormen

3.4.1 Hybride begeleid en beschermd wonen locaties (flexibiliteit) en hybride behandelteams

Een oplossing die in de praktijk goed blijkt te werken zijn de hybride verblijfolocaties voor behandeling en begeleid en beschermd wonen die cliënten met zowel een forensische zorgtitel als met indicaties uit een ander stelsel huisvesten. Daaraan gekoppeld werken (f)-ACT-teams die zich actief inzetten om de mogelijkheden voor verdere ambulantisering te verkennen. Hieraan gekoppeld wordt gespecialiseerde expertise op deze manier op een locatie gebundeld in de vorm van hybride behandelteams. Noodzakelijk is dat de aanbieder flexibiliteit krijgt in het hanteren van titels uit verschillende stelsels en bijbehorende financieringsstromen, zodat de zorg bekostigd kan worden en integrale zorg geboden kan worden. Financiën worden achter de schermen afgehandeld. Voor de cliënt is er sprake van continuïteit van zorg (één loket). Een voorbeeld waar dit wordt toegepast is bij Transfore en GGNet. Ook in een groot aantal RIBW's verblijven personen vanuit verschillende zorgstelsels en met verschillende rechtsposities.

Voordeel van deze hybride zorgvormen is de gezamenlijke fysieke omgeving en de gezamenlijke expertise. Hierdoor ontstaat voor cliënten een geruisloze overgang van het ene stelsel naar het andere stelsel waarbij:

- a. De aanwezige expertise wordt gecontinueerd;
- b. De cliënt geen overgang ervaart in de fysieke omgeving;
- c. Er minder risico is op terugval en er geen terugvaloptie nodig is.

Hybride zorgvormen creëren daardoor een optimale continuïteit van behandeling.

3.4.2 Soepeler omgaan met diverse rechtspositionele regelingen

Waar partijen soms tegenaan lopen bij het creëren van meer hybride behandelsettings zijn de verschillen in rechtsposities van cliënten binnen één behandelsetting, tussen het forensische, civielrechtelijke en vrijwillige kader. In de praktijk is dit voor behandelaars lastig om mee om te gaan omdat onderscheid ontstaat binnen de groep cliënten. Naast een onwenselijke ongelijkheid kan het ertoe leiden dat cliënten niet de zorg krijgen die nodig is.

Een oplossing die ingezet wordt in de praktijk is het opstellen van bijvoorbeeld één set huisregels die op alle regimes van toepassing zijn. Deze huisregels worden zodanig opgesteld dat ze voor alle rechtsposities van toepassing zijn. In de praktijk betekent dit dat je de zwaarste dwangtoepassingen geen onderdeel laat zijn van je huisregels.

3.5 Overige oplossingen

3.5.1 Vrijblijvende en laagdrempelige zorg

In de regio Leiden-Haaglanden financiert de gemeente verschillende projecten in samenwerking met organisaties in het Veiligheidshuis. Zo is er een outreachend ambulant team die op pad gaan om mensen die in detentie zitten of net uit detentie komen, te bezoeken. Er vindt een intakegesprek plaats waarin eventuele hulpvragen worden geïnventariseerd. Dit is vrijblijvend en laagdrempelig.

3.5.2 Opschorten zorgverzekering en ontbreken zorgverzekering zorgwekkende zorgmijders

De zorgverzekering wordt tijdens detentie opgeschort. De gedetineerde dient zich zes weken voor afloop van detentie weer te moeten melden bij de zorgverzekeraar zodat de zorgverzekering weer is geactiveerd op de dag dat de detentie is afgerond. In de PI zou de casemanager, in het kader van nazorg detentie, hier zorg voor moeten dragen. (Blijkbaar gaat dit nog (redelijk) vaak mis en komen gedetineerden zonder zorgverzekering uit detentie, soms zelfs zonder ID hetgeen het probleem nog verergert. Dit is dus ondanks dat het helder is hoe de procedures ouden moeten lopen. Wat is in de beleving van de zorgverzekeraars een knelpunt hierin? En wat hebben verzekeraars nodig om dit soepel te laten lopen)?

Voor het oplossen van het probleem van de zorgwekkende zorgmijders die geen zorgverzekering hebben maar wel zorg gebruiken wordt door een aantal zorgaanbieders voorgesteld om een oplossing te zoeken in het beschikbaar stellen van 'vrije ruimte' waarbij een klein percentage van beschikbare financiële middelen van alle financiers (gemeenten, zorgverzekeraars en V&J) beschikbaar komt voor het financieren van beschikbaarheid van GGZ zorg. Dit betreft de OGGZ doelgroep en de groep cliënten die eerder behandeld zijn in een strafrechtelijk kader en daarna niet automatisch op vervolgzorg kunnen rekenen omdat er onduidelijkheid is over de betaling door de zorgverzekeraar.

De werkgroep is in de periode februari tot en met april 2015 drie maal bij elkaar gekomen. In deze bijeenkomsten zijn de volgende onderwerpen besproken:

- a. De eerste bijeenkomst hebben we de problematiek vanuit verschillende stakeholders inzichtelijk gemaakt.
 - i. We hebben de leden van de werkgroep gevraagd om ter voorbereiding op de eerste bijeenkomst van de werkgroep een aantal casussen aan te leveren met concrete voorbeelden van vraagstukken rond het organiseren van continuïteit van zorg voor een specifieke cliënt of een groep van cliënten. De casussen kunnen zowel betrekking hebben op een cliënt waarin een concreet knelpunt is ervaren of een casus waarin juist een passende oplossing is gevonden.
 - ii. Aan de hand van concrete casuïstiek hebben wij de deelnemers gevraagd de ervaren problematiek toe te lichten. De knelpunten in de continuïteit van zorg spelen op verschillende niveaus: operationeel als het gaat om indicatie en plaatsing, tactisch als het gaat om inkoop en samenwerking en strategisch als het gaat om afstemming van capaciteit in ketens door de samenleving. Vragen die daarbij aan de orde komen: welke overgangssituatie betreft het? Welke knelpunten worden in de praktijk ervaren? Hoe structureel/incidenteel komen deze knelpunten voor? Wat is de oorzaak van de knelpunten? Is dit knelpunt wel/niet meer/minder aan de orde gelet op de toekomstige ontwikkelingen?
 - iii. Vervolgens hebben wij in de bijeenkomst op basis van een eerste lijst met issues de oorzaken, problemen en oplossingsrichtingen in kaart gebracht. Belangrijk onderdeel van de opdracht van de werkgroep is het beschrijven van oplossingsrichtingen. Hiertoe wordt een inventarisatie gemaakt van reeds bestaande oplossingsrichtingen. Zo heeft in 2012 de RVZ in haar advies *Stoornis & Delict* reeds een analyse gemaakt over de samenhang tussen de verschillende stelsels en de doelgroep en heeft een groot aantal aanbevelingen gedaan voor verbetering. Naar aanleiding daarvan is door de minister van VWS en de staatssecretaris een aantal concrete maatregelen aangekondigd om de continuïteit van zorg voor de doelgroep te verbeteren.
 - iv. Daarnaast hebben we in de werkgroep geïdentificeerd welke raakvlakken het thema 'zorgcontinuïteit' heeft met andere initiatieven in het veld, zodat synergie gezocht kan worden tussen deze thema's. Een voorbeeld hiervan is het traject 'Harmonisatie indicatiestelling'.
- b. In de tweede bijeenkomst zijn we dieper ingegaan op de problematiek voor specifieke doelgroepen. Vervolgens hebben we vastgesteld welke oplossingsrichtingen er zijn voor de geïdentificeerde probleemgebieden en specifieke knelpunten en wat de mogelijkheden en onmogelijkheden hierin zijn. Ten tweede hebben we in de werkgroep besproken hoe we komen tot het bepalen van de omvang van de doelgroep. Dit helpt de werkgroep om het belang van issues te ordenen en eventueel prioriteiten te stellen aan de gewenste oplossingen.
- c. In de derde bijeenkomst is de conceptrapportage besproken waarin we enerzijds de probleemgebieden en knelpunten hebben geanalyseerd en anderzijds de oplossingsrichtingen hebben uitgewerkt tot een programmatische aanpak.
- d. In de vierde bijeenkomst zijn de oplossingsrichtingen verder geconcretiseerd en getoetst op werkbaarheid en prioriteit.

De stuurgroep bestond uit de volgende deelnemers

Organisatie	Deelnemer
Ministerie van VWS	Rob van de Laar
Ministerie van VWS	Veronique Esman
Ministerie van V&J (DForZo)	Goof van Gemert
Ministerie van V&J	Michel Groothuizen
ZN	Marianne Lensink
ZN	Jaap van der Rijst
VNG	Ico Kloppenburg
VNG	Anja Richt
IGZ	Thijske Fraanje
NZa	Peter Muller
NZa	Harm Lieverdink
NIFP	Jan Cees Zwemstra
GGZ Nederland	Paul van Rooij
GGZ Nederland	Rianne Kasander
Lister namens RIBW Alliantie	Jan Berndsen
VGN	Han Huizinga
SVG namens 3RO	Edwin ten Holte
Federatie Opvang	Jan Laurier
Federatie Opvang	Moniek Streng
GGz Eindhoven namens Forensisch Netwerk	Joep Verbugt
Gemeente Nijmegen	Bert Frings
Gemeente Eindhoven	Lenie Scholten

De volgende deelnemers waren betrokken bij de werkgroep:

Organisatie	Deelnemer
Ministerie van VWS	Aarnout Melis
Ministerie van V&J	Jelle Idenburg
	Ritske Zuidema
ZN	Jaap van der Rijst
VNG	Ico Kloppenburg
IGZ	Thijske Fraanje
	Hans Milius
VGZ	Angelique Moonen
CZ	Tijs van Hoek
NIFP	Edwin Gons
GGZ Nederland	Rianne Kasander
	Marloes van Es
	Yvonne Moolenaar
	Maarten Oosterkamp
RIBW Alliantie	Eta Mulder
HVO Querido namens RIBW Alliantie	Cecilia Petit
Lister namens RIBW Alliantie	Harry Ietswaard
VGN	Han Huizinga
SVG namens 3RO	Arie Uyterlinde
	Ilonka Verkade
Leger des Heils namens 3RO	Karien Rijnen
Federatie Opvang	Tonny van Hensbergen
Leger des Heils namens Federatie Opvang	Jeroen Hoogteijling
Exodus namens Federatie Opvang	Sandie Iemmers
GGNet	Hetty Koopman
	Kelly Grootenhuis
Lentis	Anita de Vries
GGZ Eindhoven	Marc de Jong
	Ellen van den Dungen
Parnassia	Meta Krassenburg
Gemeente Amsterdam	Jolanda Meijering
	Joost Kwadijk
	Roos Buntjer
Gemeente Nijmegen	Renee Veldkamp
Gemeente 's-Herthogenbosch	Carrie van Schaayk

AVT	Adviescommissie Verlof Toetsing
BW	Beschermd Wonen
Bopz	Bijzondere opname psychiatrische ziekenhuizen
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBBC	Diagnose Behandeling Beveiliging Combinatie
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DFORZO	Dienst Forensische Zorg
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
EPA	Ernstig Psychiatrische aandoening
(f)-ACT	Functional Assertive Community Treatment
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
FPT	Forensisch Psychiatrisch Toezicht
FVA	Forensische Verslavings Afdeling
FVK	Forensische Verslavings Kliniek
FZ	Forensische zorg
HvB	Huis van Bewaring
IFZ	Indicatiestelling Forensische Zorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISD	Inrichting Stelselmatige Daders
KIB	Klinische Intensieve Behandeling
LVB	Licht Verstandelijke Beperking
MO	Maatschappelijke Opvang
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OM	Openbaar ministerie
OvJ	Officier van Justitie
Pbw	Penitentiare beginselenwet
PI	Penitentiare inrichting
PMO	Psycho Medisch Overleg
POH-GGZ	Praktijk Ondersteuner Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg
PPC	Penitentiair psychiatrisch centrum
RM	Rechterlijke Machtiging
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SGLVG	Sterk Gedragsgestoorde en Licht Verstandelijk Gehandicapten
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
Tbs	Terbeschikkingstelling
V&J	Ministerie van Veiligheid en Justitie
VG	Verstandelijk Gehandicapten
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
Wfz	Wet forensische zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wvvgz	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

C PROCESSEN OVERGANG FORENSISCHE NAAR REGULIERE ZORG

In deze bijlage beschrijven wij hoe een cliënt door 'het systeem' (in termen van straf en zorg) beweegt en wie in welke rol betrokken is. Figuur 1 geeft hiervan een overzicht op hoofdlijnen.



Figuur 1. Overzicht strafproces en zorg in verschillende fasen

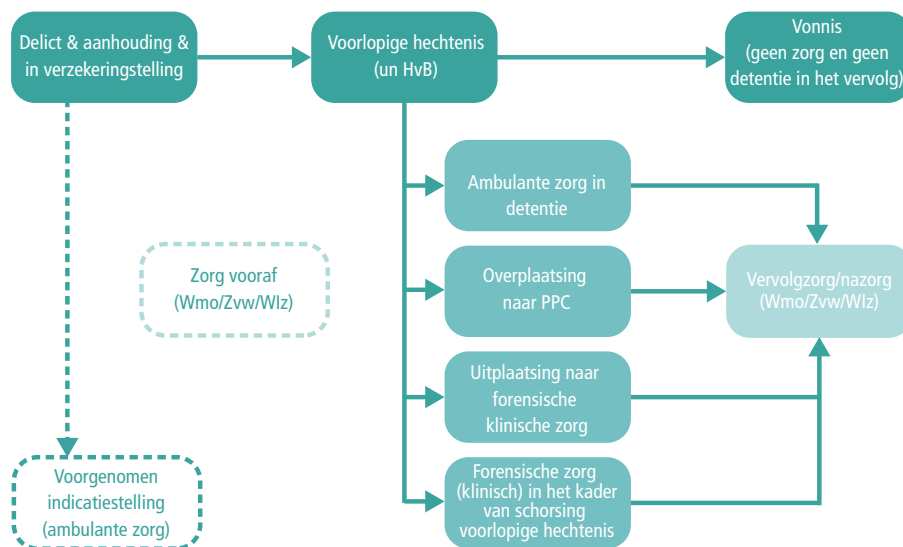
Dit proces is vervolgens in meer detail uitgewerkt in vijf schema's. In de beschrijving geven we aan wie in welke fase betrokken is bij het proces. De vijf verdiepende schema's zijn:

1. Forensische zorg voorafgaande aan een vonnis en aansluitende zorg;
2. Forensische zorg in het kader van een opgelegde tbs-maatregel en aansluitende zorg;
3. Forensische zorg gedurende de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf en aansluitende zorg;
4. Forensische zorg als bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijke sanctie, tbs met voorwaarden of artikel 37.1 (volledig ontoerekeningsvatbaar) of ISD-maatregel;
5. Vervolgzorg en nazorg na afloop van de strafrechtelijke titel en bijbehorende forensische zorg.

Voor specifieke begrippen en/of afkortingen verwijzen wij naar bijlage B.

Forensische zorg voorafgaande aan een vonnis (1)

Figuur 2 geeft het (straf)proces weer voorafgaande aan het vonnis, de mogelijke toepassingen van forensische zorg en welke overgangssituaties we onderkennen van de forensische naar de reguliere zorg.



Figuur 2. Proces forensische zorg voorafgaande aan een vonnis

Startpunt voor de beschrijving is het moment waarop een delict wordt gepleegd en de cliënt wordt aangehouden als verdachte. De OvJ beslist of de verdachte langer in verzekering wordt gesteld. Op dat moment is er voor een deel van de cliënten al sprake van zorg in een ander kader (Zvw, Wmo of Wlz) en soms in strafrechtelijk kader als het delict wordt gepleegd in de periode dat er een (vorige) strafrechtelijke titel loopt. Als er sprake is van zorg vooraf, dan is de cliënt bekend bij de betreffende zorgverleners.

Als op basis van het gepleegde delict en wat bekend is over de cliënt gronden zijn voor voorlopige hechtenis, dan beslist de rechter-commissaris op verzoek van de officier van justitie of cliënt in voorlopige hechtenis wordt genomen. De cliënt verblijft als gevolg hiervan in een HvB. De voorlopige hechtenis kan (direct door de rechter-commissaris of in een later stadium door de Raadkamer) worden geschorst onder voorwaarden; de reclassering houdt in dit geval toezicht op de naleving van de voorwaarden. Deze voorwaarden kunnen verplichte zorg betreffen. Als de cliënt de voorwaarden overtreedt, dan volgt alsnog voorlopige hechtenis. Als de cliënt in vrijheid het vonnis mag afwachten, dan kan ambulante forensische zorg ook worden geleverd op basis van een voorgenomen indicatiestelling (in opdracht van de OvJ op aangeven van de reclassering).

In een HvB bereidt de casemanager² van DJI, mede op basis van informatie van de gemeente, een plan voor met betrekking tot eventueel benodigde ondersteuning op vijf leefgebieden van de cliënt (identiteitsbewijs, inkomen, huisvesting, schulden en zorg) en wordt bij signalen van psychiatrische problematiek door het Psycho Medisch Overleg (PMO) een zorgindicatie gesteld. De OvJ kan de reclassering opdracht geven om advies uit te brengen in de strafzaak. De reclassering adviseert in deze fase om richting te geven aan de te vorderen straf, het NIFP stelt de diagnose en indicatiestelling (reclassering als het ambulante zorg betreft).

In deze fase kan in het kader van de voorlopige hechtenis ook sprake zijn van forensische zorg:

- a. Ambulante zorg in een HvB door de psychiater, het NIFP vertegenwoordigd in het PMO in het HvB of door zorgverleners het HvB bezoeken;
- b. Overplaatsing naar een Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC);
- c. Overplaatsing naar de (klinische) forensische GGZ.

Een overgangssituatie is aan de orde als sprake is van (reguliere) zorg vooraf en deze wordt onderbroken door een periode van detentie. Andere overgangssituaties zijn: klinische forensische zorg (binnen of buiten de muren van DJI) en als de forensische zorgtitel (strafrechtelijke titel) afloopt en de noodzaak tot vervolgzorg (in een klinische- of verblijfsetting) bestaat. In sommige gevallen zijn er gronden om de vervolgzorg in een civiel kader met dwang (nu BOPZ en straks de Wvvggz) voort te zetten. Hiervoor moet een procedure worden voorbereid om een RM te verkrijgen. Bij een crisissituatie kan iemand op bevel van de burgemeester gedwongen worden opgenomen op basis van een IBS-maatregel (inbewaringstelling). Als de Wvvggz in werking treedt worden in vergelijkbare gevallen zorgmachtigingen afgegeven.

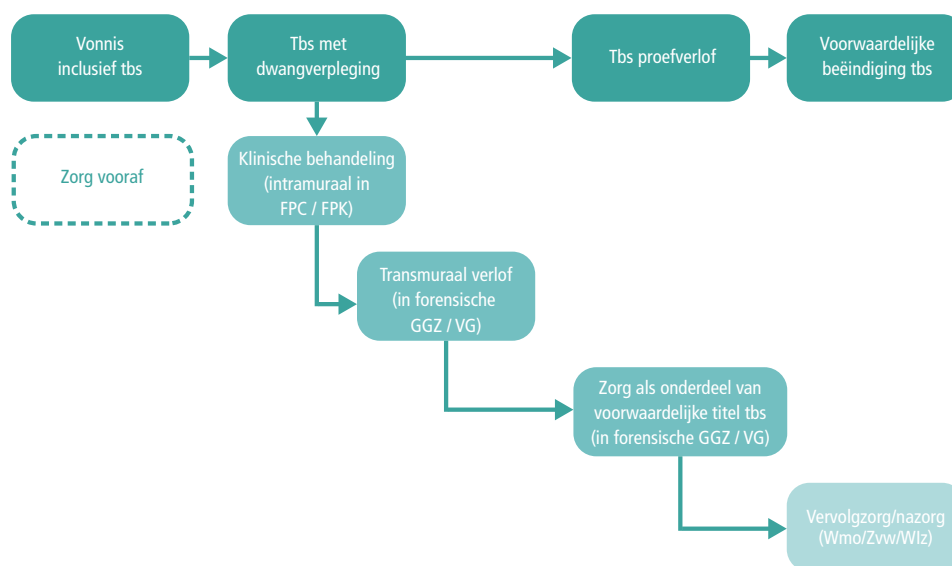
Omdat sprake is van voorlopige hechtenis, is de duur van deze titel vaak ongewis, vanwege tussentijdse beslissingen over het al dan niet verlengen van de voorlopige hechtenis, de oplegging van een vrijheidsstraf gelijk aan de duur van de voorlopige hechtenis en/of vrijspraak. Dan is er geen titel op grond waarvan de forensische zorg kan worden voortgezet, tenzij in het vonnis een forensische zorgtitel is opgenomen en/of er sprake is van vervolgdetentie.

Forensische zorg in het kader van een opgelegde tbs-maatregel (2)

Figuur 3 geeft het proces weer vanaf het moment dat een vonnis wordt opgelegd waarin een maatregel tbs met dwangverpleging is opgenomen. In de bijlagen van het rapport 'Taskforce behandelduur tbs, bevindingen en aanbevelingen' is een gedetailleerd schema met betrokken actoren opgenomen. Figuur 3 is hiervan een vereenvoudigde weergave.

² Voorheen: medewerker maatschappelijke dienstverlening (MMD).

Als in het vonnis een maatregel tbs met dwangverpleging is opgenomen, dan zal direct of na een periode van detentie de klinische behandeling in het kader van de tbs-maatregel starten in een FPC of een FPK. Gedurende deze klinische behandeling rapporteert het NIFP (de bedoeling is om dit vier maal per jaar te doen, momenteel is het nog zes maal per jaar en wordt gekeken in hoeverre verlofmogelijkheden aan de orde zijn. Verlofaanvragen worden getoetst door de AVT. Hierin wordt getoetst of het verantwoord is, gezien het bestaande recidiverisico en de voorgenomen invulling van de begeleiding van het verlot, om op verlot te gaan. Als de klinische behandeling goed verloopt, is de overgang naar transmuraal verlot aan de orde. Deze wordt vormgegeven in een FPK, FPA, een (reguliere) GGZ-instelling of een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW) onder verantwoordelijkheid van het hoofd van het FPC of FPK waar de cliënt in behandeling is.



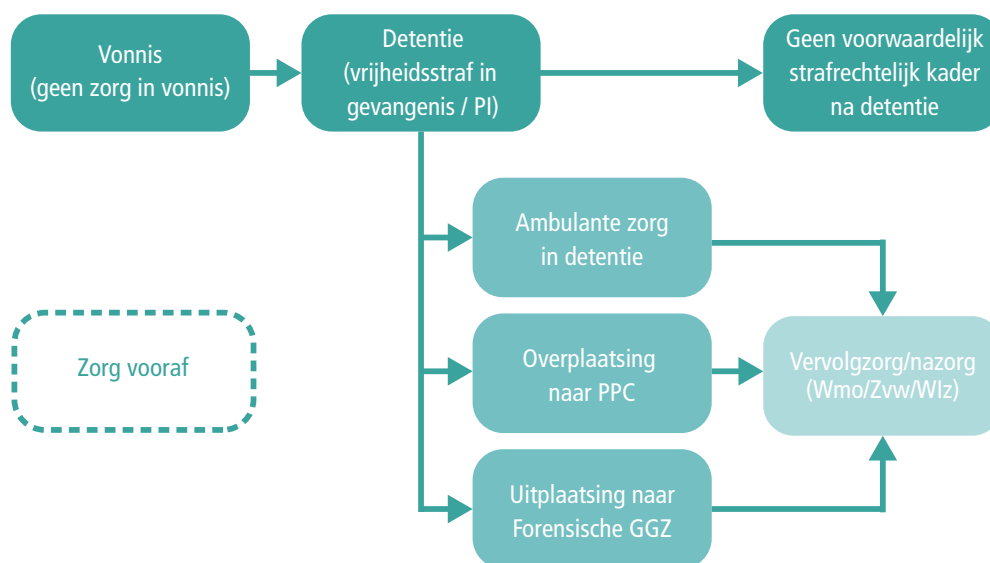
Figuur 3. Proces forensische zorg in het kader van een tbs-maatregel

De rechter beslist, mede op basis van rapportages van de kliniek, het NIFP en de reclassering, periodiek in hoeverre verlenging van de tbs-maatregel aan de orde is of dat kan worden overgegaan tot proefverlof of voorwaardelijke beëindiging van de tbs-maatregel. In de fase van proefverlof en voorwaardelijke beëindiging houdt de reclassering, in samenwerking met de betrokken zorginstellingen, toezicht op de naleving van de voorwaarden die aan het proefverlof of voorwaardelijke beëindiging verbonden zijn. Veelal is forensische zorg onderdeel van deze voorwaarden. De rechter bepaalt de duur en/of eventuele verlenging van deze forensische zorgtitel. De gecontroleerde overgang van de fase van transmuraal verlot naar de fase waarin de dwangverpleging niet meer aan de orde is (proefverlof of voorwaardelijke beëindiging) wordt vormgegeven door FPT team, waarin de kliniek (FPC of FPK) nauw samenwerkt met de reclassering en de zorgaanbieder in de forensische GGZ/VG-sector.

In het kader van dit proces zijn er overgangen binnen de forensische zorg: van klinische behandeling naar zorg (inclusief verblijf) in het kader van transmuraal verlot, en vervolgens bij de overgang naar zorg in het kader van de voorwaardelijke tbs-titels. Cliënten hebben ook na afloop van de voorwaardelijke titel vaak vervolgzorg nodig (met verblijf, behandeling en/of en begeleiding) in het kader van de reguliere zorg (Wmo, Zvw of Wlz).

Forensische zorg gedurende de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf (3)

Figuur 4 geeft het proces weer vanaf het moment dat een vonnis wordt opgelegd waarin sprake is van een vrijheidsstraf die leidt tot vervolgdetentie en zonder dat sprake is van concrete voorwaarden gericht op forensische zorg. Gedurende de detentie kunnen gedetineerden forensische zorg ontvangen, al dan niet als voortzetting van de zorg die een cliënt ontvangt in het kader van de voorlopige hechtenis.



Betrokken organisaties (t.a.v. de zorg)

- DJI / PMO en NIFP (diagnose & indicatiestelling)
- DJI / casemanager (nazorg)

Figuur 4. Proces forensische zorg gedurende de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf

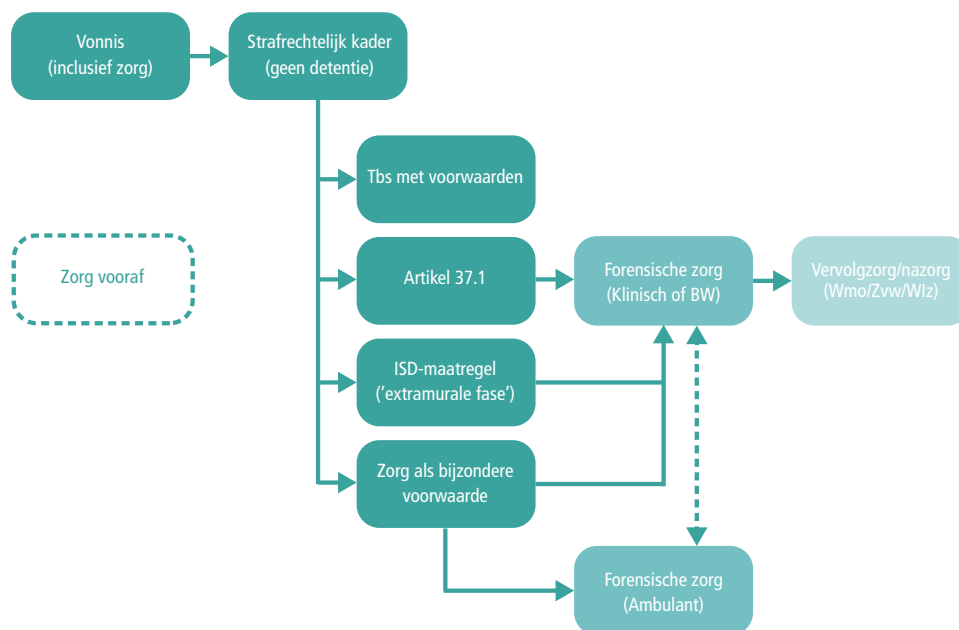
De nazorg (op de eerder genoemde leefgebieden, waaronder zorg) wordt voorbereid door de casemanager in een gevangenis of door de behandelcoördinator in de PPC. Gedurende detentie is het PMO in de PI het gremium dat de diagnose vaststelt. Indiciestelling vindt plaats door het PMO (in het geval van ambulante zorg in detentie of overplaatsing naar een PPC) en door het NIFP bij uitplaatsing op basis van artikel 15.5 Pbw, artikel 43.3 Pbw of een ISD-maatregel. Bureau Selectiefunctionarissen van DJI (BSF) verzorgt het plaatsingsbesluit bij een uitplaatsing.

De overgangssituaties zijn vergelijkbaar met de overgang nadat de forensische zorg in het kader van de voorlopige hechtenis stopt. Het verschil is dat er (in principe) sprake is van een duidelijke einddatum van de detentie. Naar dat moment kan worden toegewerkt als vervolgzorg/nazorg noodzakelijk is.

Forensische zorg als (bijzondere) voorwaarde, artikel 37.1, of ISD-maatregel (4)

Figuur 5 geeft het proces weer vanaf het moment dat een vonnis wordt opgelegd met daarin voorwaarden gericht op forensische zorg. Dit kan een ISD-maatregel betreffen, een maatregel tbs met voorwaarden, een bijzondere voorwaarde in het kader van een (deels) voorwaardelijke sanctie (vrijheidsstraf) en een oplegging van een maatregel op basis van artikel 37.1 (klinische behandeling voor een periode van een jaar bij volledige ontoerekeningsvatbaarheid van de cliënt).

In het geval van de genoemde forensische zorgtitels is in veel gevallen sprake van klinische forensische zorg die plaatsvindt in de forensische GGZ of VG-sector of in de reguliere GGZ. Bij tbs met voorwaarden, ISD-maatregel (extramuraal fase) en zorg als bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijke sanctie is er ook sprake van toezicht door de reclassering. Overgangssituaties zijn met name aan de orde bij noodzakelijke voortzetting van de zorg in een klinische- of verblijfsetting in het kader van de reguliere zorg (Wmo, Zvw of Wlz).

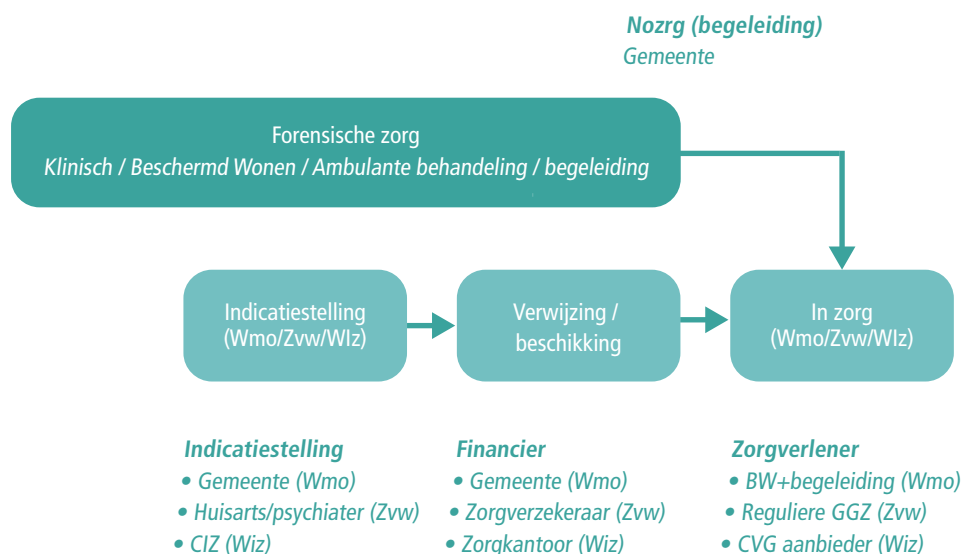


Figuur 5. Proces forensische zorg als bijzondere voorwaarde, artikel 37.1 of ISD-maatregel

Vervolgzorg en nazorg na afloop van de strafrechtelijke titel (5)

Figuur 6 geeft het proces weer vanaf het moment dat duidelijk is dat de noodzaak bestaat tot vervolgzorg in het kader van de reguliere zorg (Wmo, Zvw of Wlz) na afloop van de forensische zorgtitel.

Als sprake is van de noodzaak tot vervolgzorg in een regulier kader, al dan niet vrijwillig, start tijdens de periode van forensische zorg een traject van indicatiestelling om deze vervolgzorg geregeld te krijgen. De indicatiestelling vindt in de verschillende kaders plaats door de in figuur 6 aangegeven organisaties. Voor de continuïteit van zorg is het van belang dat de indicatiestelling en verwijzing tijdig beschikbaar is.



Figuur 6. Proces vervolgzorg/nazorg na afloop van forensische zorg

Advocatuur

De advocaat versterkt de rechtspositie van de verdachte door het verdedigen van zijn/haar juridische belangen en het procederen tijdens de rechtszitting.

Burgemeester

De burgemeester is verantwoordelijk voor de openbare orde en mag vanuit deze verantwoordelijkheid crisismaatregelen opleggen aan betrokkenen die in een crisissituatie acute, verplichte zorg nodig hebben. Iedere burger mag een verzoek indienen voor een crisismaatregel. De burgemeester mag een maatregel opleggen voor maximaal 6 weken, waarbij de burgemeester ook verantwoordelijk is voor de tenuitvoerlegging. Tijdens deze periode wordt de betrokkene onderzocht. Indien verlenging van het verblijf in de zorginstelling nodig is, is een rechterlijke machtiging nodig.

CIZ

Het CIZ verzorgt de indicatiestelling voor zorg gefinancierd vanuit de Wlz. De groep cliënten die voorafgaand, tijdens of na afloop van forensische zorg gebruik zal maken van de Wlz is waarschijnlijk beperkt en betreft veelal de SGLVG groep. Wanneer de strafrechtelijke titel afloopt, kunnen de zorgaanbieder en/of de justitiabele voorzetting van de zorg nodig vinden. Indien het hierbij gaat om zorg die vanuit de Wlz bekostigd wordt, dient de zorginstelling uiterlijk zes weken voor het aflopen van de strafrechtelijke titel een indicatie bij het CIZ aan te vragen.

De Rechtsspraak

Rechters bepalen de straf voor de verdachte van een delict. Aanvullend mogen zij forensische zorg (Wfz), forensische zorg als bijzondere voorwaarde en zorgmachtigingen (Wvggz) voor verplichte zorg afgeven. Daarbij houden zij rekening met de vooraf afgegeven indicatiestelling en toetsen zij of zorginhoudelijk de goede afwegingen gemaakt zijn. Zorgmachtigingen mogen ook afgegeven worden aan justitiabelen wiens strafrechtelijke titel afloopt en maken de toegang naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg mogelijk.

Directie Forensische Zorg (DForZo)

De Directie Forensische Zorg (DForZo) is onderdeel van Dienst Justitiële Inrichtingen en is verantwoordelijk voor de inkoop van zorg in het strafrechtelijk kader, namelijk de zorg in de PPC's, FPC's en de overige forensische zorg. De overige forensische zorg wordt voornamelijk ingekocht in de GGZ. DForzo heeft ook de plaatsing van justitiabelen bij organisaties die forensische zorg leveren als belangrijke taak. Ook stelt DForzo eisen aan de kwaliteit van de geleverde forensische zorg.

Forensische zorgaanbieders

Klinische forensische instellingen (FPC, FPK, FPA, PPC) zijn onder te verdelen in:

- Forensische Psychiatrische Centra (FPC, voorheen tbs-kliniek): zeer hoog beveiligingsniveau en zeer hoge zorgintensiteit. De behandeling in een FPC richt zich op psychische stoornissen en problemen op het gebied van sociale relaties, wonen en werken;
- Forensische Psychiatrische Kliniek (FPK): hoog beveiligingsniveau en gemiddeld tot hoge zorgintensiteit. Doel van de behandeling is het voorbereiden op de terugkeer naar de maatschappij;
- Forensische Psychiatrische Afdeling (FPA): gemiddeld beveiligingsniveau en gemiddelde zorgintensiteit. Een FPA is vaak een afdeling binnen een reguliere GGZ instelling;
- Penitentair Psychiatrische Centrum (PPC): zeer hoog beveiligingsniveau en zeer hoge zorgintensiteit. Wanneer de psychische problematiek van de justitiabele niet binnen het gevangenisregime te behandelen is, kan doorverwijzing naar een FPC, FPK of FPA plaatsvinden. Wanneer dit niet mogelijk is, kan plaatsing in een PPC oplossing bieden. PPC's zijn afdelingen binnen penitentiaire inrichtingen (PI).

Forensisch Psychiatrische Poliklinieken (FPP's)

In een FPP wordt een ambulante behandeling geboden aan mensen met een psychiatrische aandoening en/of persoonlijkheidsproblematiek, die in aanraking zijn gekomen of dreigen te komen met justitie. De FPP maakt vaak onderdeel uit van een reguliere GGZ-instelling of forensisch psychiatrische instelling. Aangezien de behandeling ambulant wordt gegeven is er geen beveiliging.

Forensische Verslavings Kliniek (FVK)

Binnen een FVK of forensische verslavingsafdeling (FVA) wordt zorg geboden aan langdurig verslaafden die (veelvuldig) in contact zijn gekomen met Justitie. Een opname bij de FVK kan nodig zijn omdat de verslaving de cliënt steeds weer in de problemen brengt. Naast de problematiek omtrent de verslaving kan er ook sprake zijn van een psychiatrische stoornis. Na een verblijf in een FVK of een FVA kan een cliënt doorstromen naar bijvoorbeeld een RIBW.

Instellingen voor SGLVG justitiabelen

De populatie in een SGLVG instelling heeft een dubbele diagnose, zowel een licht verstandelijke beperking als ook ernstige gedragsproblemen. De behandeling richt zich dan ook op meerdere facetten; enerzijds het bieden van woon- en werkvoorzieningen aangepast op de doelgroep, anderzijds het behandelen van de psychiatrische stoornis zodat klachten verminderen en uiteraard is de behandeling een middel om recidive terug te dringen. Na een verblijf in een SGLVG instelling kan een cliënt doorstromen naar bijvoorbeeld een RIBW gericht op licht verstandelijk beperkten.

Gemeenten

Gemeenten hebben door de hervormingen in de langdurige zorg een belangrijkere rol gekregen in de zorg voorafgaand of na detentie of het beëindigen van een maatregel. Sinds 2015 zijn zij in het kader van de nieuwe Wmo 2015 verantwoordelijk voor de beschikbaarheid, kwaliteit en uitvoering van zorgvormen zoals individuele en groepsbegeleiding en beschermd wonen. Ook als dit wordt opgelegd in een verplicht kader via de Bopz of straks de Wvvgz. Daarnaast dragen gemeenten de verantwoordelijkheid voor het re-integratietraject na afloop van detentie, zij creëren de randvoorwaarden voor zelfredzaamheid op het gebied van wonen, werk, inkomen en dagbesteding. Ten slotte voert de gemeente de regie op samenwerking in de keten (zie Veiligheidshuizen) en het creëren van een geïntegreerd zorgaanbod.

Geneesheer-Directeur (GD)

De GD bewaakt de kwaliteit van de zorg en is daarnaast verantwoordelijk voor de voorbereiding, tenuitvoerlegging en beëindiging van verplichte zorg in de Wvvgz. Alle aanvragen voor een zorgmachtiging verlopen via de GD. De GGZ zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het faciliteren van de GD en dient ervoor te zorgen dat deze zijn werkzaamheden onafhankelijk uit kan voeren. Ondanks het feit dat de GD gebonden is aan een zorgaanbieder dient deze bekend te zijn met het regionale zorgaanbod, zodat de coördinerende en regisserende rol voldoende vervuld kan worden. De GD heeft een meldingsplicht wanneer hij vermoedt dat de uitvoering van de verplichte zorg tekort schiet.

GGZ en VG aanbieders

De GGZ en VG zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het leveren van de zorg. Het leveren van GGZ en zorg voor VG gebeurt in klinische setting, in beschermde woonvormen en in ambulante behandelvormen. De zorg bestaat uit behandelen, verplegen, verzorgen, begeleiding en/of preventie en kan geleverd worden in een strafrechtelijk kader, een civielrechtelijk kader (de BOPZ) of in het kader van de Wmo, Zvw of WLz.

Gevangeniswezen (PI's)/PMO

Tijdens detentie of voorlopige hechtenis kan iemand een zorgbehoefte ontwikkelen. Het Gevangeniswezen past verschillende screeningsmethoden toe om deze zorgbehoefte bij justitiabelen op te sporen. Wanneer klinische zorg nodig wordt geacht en er sprake is van een contra-indicatie, indiceert het PMO en wordt de justitiabele in de PI behandeld binnen een PPC (zie klinisch forensische instellingen). In alle andere gevallen vraagt het PMO een indicatiestelling aan bij het NIFP/IFZ. De justitiabele wordt vervolgens in de kliniek behandeld. Vanuit het GW worden justitiabelen geplaatst in een PPC of in de klinische zorg (in de GGZ- of VG-instelling). Naast het signaleren van zorgbehoefte heeft het Gevangeniswezen ook een belangrijke rol in het voorbereiden op de re-integratie in de maatschappij. Veel PI's hebben een re-integratiecentrum waarin justitiabelen deelnemen aan activiteiten op het gebied van gezondheid, wonen, sociale omgeving, financiën, scholing, werk en tijdsbesteding.

Huisarts/POH-GGZ

De huisarts en POH-GGZ hebben met name een rol bij preventie en vroegsignalering. Wanneer zij succesvol preventief beleid voeren, kan escalatie, zwaardere (forensische) GGZ-zorg en toestroom naar het Gevangeniswezen worden voorkomen. Daarnaast begeleidt de POH-GGZ nazorgtrajecten voor stabiele cliënten die uitbehandeld zijn in de GGZ en een lage zorgbehoefte kennen.

NIFP/IFZ

Het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) en Indiciestelling Forensische Zorg (IFZ) indiceren en adviseren het OM en ZM over de toerekeningsvatbaarheid, de kans op recidive en de zorgbehoefte van de verdachte. In een indicatiestelling staat beschreven wat het juiste niveau van zorg en beveiliging is voor een justitiabele. Een coördinator IFZ stelt een indicatiestelling vast op grond van dossieronderzoek voor de klinische zorg. Nadat de rechter een strafrechtelijke titel met forensische zorg in een kliniek oplegt, neemt het NIFP het plaatsen van de justitiabelen in de forensische zorg tot haar rekening. Ook de indicatiestelling rondom de doorstroom van klinische zorg naar forensisch beschermd wonen valt onder de verantwoordelijkheid van het NIFP/IFZ.

Openbaar Ministerie (OM)

Het OM brengt personen in een strafzaak voor aan de rechter. Zowel het OM als de Rechtspraak kunnen een indicatiestelling vragen bij de reclassering, NIFP/IFZ of PMO. Ook kan het OM een straf of maatregel vorderen waar forensische zorg onderdeel van uitmaakt. Wanneer de reclassering aangeeft dat de zorgvoorwaarde tijdens de uitvoering van ambulante forensische zorg of beschermd wonen verzaamd moet worden naar klinische zorg, meldt zij dit bij het OM. Het OM neemt vervolgens het besluit om (al dan niet) te vorderen. Ook kan het OM een zorgmachtiging aanvragen via de Bopz (straks Wvvgz) bij de GD, de civiele rechter of via de Wfz bij de strafrechter.

Opvang

Maatschappelijke Opvang richt zich op het leveren van nazorg op het gebied van wonen voor ex-justitiabelen na afloop van detentie of na ontslag uit een (klinische) zorgvorm. Zorgvormen die onder Maatschappelijke Opvang vallen zijn 24-uurs woonvoorzieningen, 24-uurs (crisis) opvangvoorzieningen, nachtopvangvoorzieningen, dagopvangvoorzieningen en beleid wonen/woonbegeleiding. Maatschappelijke Opvang wordt gefinancierd uit de Wmo, de gemeente is dan ook verantwoordelijk voor de inkoop van deze zorgvorm. De rechter mag Maatschappelijke Opvang ook opleggen als bijzondere voorwaarde.

Politie

De politie speelt zowel aan de voorkant (preventie) als aan de achterkant (nazorg) een rol in de forensische zorg. De wijkagent speelt een rol in het vroegtijdig signaleren van - en adequaat handelen bij overlast en/of een vermoeden van criminaliteit. Wanneer de betrokkene aangehouden is, is de politie verplicht een psychiater in te schakelen wanneer een psychiatrische stoornis vermoed wordt. Ook kan de hulp van de politie ingeroepen worden bij de tenuitvoerlegging van een zorgmachtiging of crisismaatregel. Ook na afloop van detentie heeft de politie een signalerende rol.

Reclasseringsorganisaties (3RO)

Reclasseringswerk wordt uitgevoerd door drie reclasseringsorganisaties (3RO); Reclassering Nederland (RN), Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) en Het Leger des Heils Jeugdzorg en Reclassering (LdH JZ&R). 3RO begeleidt justitiabelen van arrestatie tot in vrijheidsstelling. Vanuit deze rol adviseren de reclasseringsorganisaties het OM en de ZM over de zorgbehoefte en de beveiligingsnoodzaak van de betrokken persoon. Daarnaast neemt de reclassering het besluit (indicatiestelling) tot plaatsing in ambulante zorg en beschermd wonen indien dit in het kader van een strafrechtelijke titel gebeurt. Wanneer na afloop van detentie sprake is van een extramuraal of voorwaardelijk traject, stelt de reclassering het detentie- en re-integratieplan op en houdt zij toezicht op de uitvoering van de bijzondere voorwaarden. Ook de zorgbehoefte die voortkomt uit de extramuraal fase of na afloop van detentie valt onder de verantwoordelijkheid van 3RO.

RIBW

In een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW) worden diverse vormen van wonen en begeleiding geboden aan mensen met psychische of psychosociale problemen, al dan niet met een strafrechtelijke titel. RIBW zorg richt zich op het begeleiden van cliënten naar een zo zelfstandig mogelijke terugkeer naar de maatschappij. RIBW's bieden ondersteuning door het stimuleren van persoonlijke ontwikkeling, bijvoorbeeld door het helpen bij het vinden van werk/dagbesteding en het opbouwen van een adequaat sociaal netwerk. Op deze manier wordt niet alleen de justitiabele geholpen, maar worden ook dreigende problemen en overlast voor de maatschappij voorkomen. De geboden ondersteuning kan kort- of langdurend zijn. Deze instellingen fungeren veelal als doorstroommogelijkheid voor justitiabelen vanuit detentie (PI), klinisch forensische zorg (FPK/FPA/FPC) en tbs-gestelden met transmuraal verlof.

Veiligheidshuizen

Veiligheidshuizen zijn netwerksamenwerkingen tussen de justitiële keten (gevangeniswezen, OM, politie), de zorgketen (zorginstellingen, ZRO, zorgverzekeraars) en gemeentelijke partners (gemeente, woning-coöperaties, leerplicht). Onder regie van de gemeente komen deze betrokken partijen in Veiligheidshuizen bijeen om tot een integrale aanpak te komen van (potentieel) criminele of ernstige overlast veroorzakende personen. Vaak ligt een complexe, meervoudige problematiek ten grondslag, waarvoor een ketenoverstijgende aanpak noodzakelijk is. Veiligheidshuizen hebben een rol in zowel preventie als in het bieden van nazorg.

Werkgevers/UWV

Tijdens het re-integratietraject van ex-justitiabelen is maatschappelijke participatie van belang. Het gevangeniswezen, de gemeente en werkgevers kunnen door samenwerking mogelijkheden creëren die de kansen op werk voor de ex-justitiabelen vergroten. Indien de ex-justitiabele er niet in slaagt binnen vier weken (binnen of buiten detentie) betaald werk te vinden, wordt een WW-uitkering aangevraagd bij het UWV. Het gevangeniswezen kan hier tijdens detentie in bemiddelen.

Zorgkantoren

De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de inkoop van zorg die in het kader van de Wlz wordt geleverd. De Wet langdurige zorg is er voor mensen die de hele dag intensieve zorg of toezicht dichtbij nodig hebben. De uitvoering van de Wlz inkoop wordt gedaan door de zorgkantoren. De zorgverzekeraar met de meeste verzekerden in de betreffende regio, heeft de rol van zorgkantoor.

Zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor voldoende beschikbaarheid van GGZ zorg die wordt geleverd in het kader van de Zvw. Dit betreft zowel de reguliere GGZ als de verplichte GGZ onder de Wet Bopz. Door het maken van zorginkoop-afspraken zorgen de verzekeraars voor voldoende en kwalitatief verantwoorde zorg. Indien na afloop van de zorg die in het kader van een strafrechtelijke titel geleverd is, aansluitend nog GGZ zorg nodig is, valt dit ook onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars. Hiervoor is eerst een geldige indicatie nodig door de huisarts of door middel van een zorgmachtiging in het kader van de Bopz.

Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ)

De RSJ is een onafhankelijke organisatie en heeft advies en rechtspraak als belangrijkste taken. De RSJ bestaat uit maximaal 60 deskundigen in het penitentiair of familierecht, gedragswetenschappers, rechters, advocaten en medici. De RSJ adviseert V&J en VWS gevraagd en ongevraagd over het gevangeniswezen, de forensische zorg en jeugdbescherming. Daarnaast vervult de RSJ de rol van beroepsrechter en toetst in die hoedanigheid beslissingen met een vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel tot gevolg, zoals plaatsing, weigering van verlof en het al dan niet voorschrijven van medicatie. De uitspraken van de RSJ zijn bindend.

In deze bijlage geven we een toelichting van de problematiek die wordt ervaren als het gaat om continuïteit van zorg. Hiermee doelen we op de continuïteitsproblematiek bij de overgang van en/of naar forensische zorg. Er is een ordening gemaakt van de aangeleverde casuïstiek en problematiek. Hierbij zijn twee verschillende varianten ontwikkeld:

- a. Proces op hoofdlijnen: In deze ordening van zowel zachte als harde factoren hebben we de aangeleverde casuïstiek geplot;
- b. Ordening naar niveau's: Binnen een instelling of organisatie, tussen organisaties en op het niveau van wetgeving/stelselvraagstukken.

Het doel van de ordening is om inzicht te geven in de grootste knelpunten.

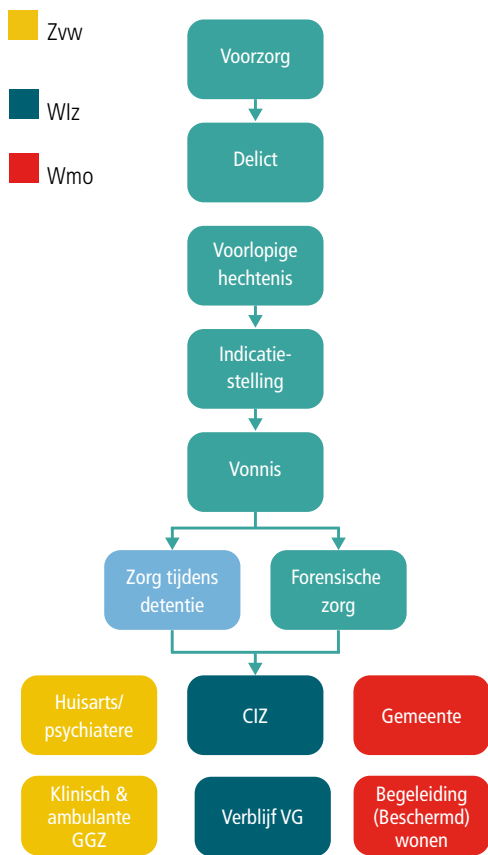
Kernpunten aangeleverde casuïstiek:

- A. Alsnog verwijzing van de huisarts nodig voor continuering zorg na afloop strafrechtelijke titel;
- B. Detentie en opschorten zorgverzekering op dezelfde dag dat een DBC (Zvw) wordt geopend;
- C. Ingangsdatum plaatsingsbesluit na openen DBBC leidt tot afgekeurde declaratie;
- D. Proces indicatiestelling en plaatsingsbesluit binnen een strafrechtelijke titel is lastig bij crisis (opschaling verblijfsintensiteit);
- E. Discontinuïteit in financiering beschermd wonen na afloop strafrechtelijke titel; onderaanneming kan wel in strafrechtelijk kader, maar niet in Zvw/Wmo/Wlz => terughoudendheid in plaatsing;
- F. Voorkeursplek in beschermd wonen na afloop van de titel;
- G. Cliënt (lange voorgeschiedenis in de Wlz) kan na strafrechtelijke titel niet direct terug naar Wlz (moet eerst in de Zvw);
- H. Rechter neemt advies bijzondere voorwaarde zorg niet over, omdat deze volgens de rechter niet concreet genoeg geformuleerd was; vervolgens kan geen indicatie door NIFP/IFZ worden afgegeven; onduidelijk of de zorg door V&J wordt gefinancierd;
- I. Proces rondom wijziging bijzondere voorwaarden (vervolgtraject klinische opname) niet goed verlopen, waardoor vertraging in de start van de vervolgzorg;
- J. Doorstroom naar BW tijdens reclasseringstoezicht is problematisch; beoogde instelling met BW heeft geen contract met V&J; bovendien wachtlijsten; cliënt is na tussenkomst crisisdienst vrijwillig in andere instelling opgenomen; klinische opname niet in het vonnis; geen uitzicht op doorplaatsing naar BW aangezien CIZ-indicatie pas zes weken voor einde titel kan worden aangevraagd;
- K. Knelpunten in doorzetten van zorg door zorgmijding;
- L. Risico's voor doorplaatsing vanuit tbs naar 'longcare' verschillend ingeschat; start vervolgzorg duurt lang; bij instanties bestaat angst voor incident/recidive;
- M. Vervolgtraject tbs (transmuraal) naar trainingshuis en vervolgens BW in de reguliere GGZ; vroegtijdige aanmelding bij instelling voor BW wordt niet geaccepteerd omdat start pas verder in de toekomst wordt voorzien; in de motivatie lijkt onderliggende angst voor doorplaatsing een motief;
- N. In het kader van een voorwaardelijke beëindiging tbs lijkt voor de cliënt beschermd wonen met eventueel opname in FPA bij een terugval de beste optie; reclassering lijkt het niet aan te durven;
- O. Cliënt heeft ernstig delict gepleegd, maar slechts deels bewezen; OM gaat in beroep, daardoor geen strafrechtelijk kader; cliënt wil behandeld worden, maar heeft geen zorgverzekering. Wie betaalt?
- P. Geen goede aansluiting van zorg na afloop tbs door onduidelijkheid indicatiestelling CIZ; proces van aanvragen en afgeven indicatie wordt niet binnen de termijn van 6 weken voor vonnis gerealiseerd;
- Q. Geen plaatsing mogelijk na vonnis met bijzondere voorwaarde klinische zorg vanwege wachtlijst FPA; rechter geeft aan dat de cliënt in detentie moet blijven; wordt op last van het OM toch vrijgelaten;
- R. Geen zekerheid over vervolgzorg in het kader van de Wmo; beslissing wordt uitgesteld tot de laatste periode voor afloop van de strafrechtelijke titel; contractering alleen mogelijk via onderaannemerschap met een aanbieder waarmee de gemeente een contract heeft;
- S. Bij cliënt met bijzondere voorwaarde ambulante zorg is klinische behandelverplichting noodzakelijk; proces aanpassing bijzondere voorwaarden duurt lang waardoor mogelijk aansluitende zorg (na detox) wordt gemist;
- T. ISD-maatregel voor cliënt met Korsakov; lastig om passende zorg te vinden, waarvan de vraag is of deze problematiek past binnen het strafrechtelijke kader (hoger beroep tegen ISD-maatregel);
- U. Aansluitende zorg na detentie lastig vanwege gebrek aan maatwerk, wachtlijsten (BW), "geen terugkeergarantie" en angst;

- V. Bij combinatie van VG- en GGZ-problematiek verwijzen indicatiestellers (CIZ en gemeente) naar elkaar, waarschijnlijk om de kosten elders te laten vallen;
- W. Gebrek aan kennis over indicatiestelling door gemeente voor aansluitende zorg in BW na afloop strafrechtelijke titel;
- X. Voorzorg dat wordt geleverd door (f)-ACT team wordt niet gefinancierd, terwijl dit wel zorgt dat cliënten passende zorg krijgen;
- Y. Na onverwachte beëindiging van forensische zorg, kan zorg in het reguliere kader niet voortgezet worden omdat zowel de gemeente, als de cliënt geen geld heeft. Dit laatste in verband met het eigen risico;
- Z. Geen passende zorg voor zeer agressieve cliënten in reguliere GGZ beschikbaar.

Problematiek, maar ook aanknopingspunten voor verbeteringen/best practices

1. Door wachtlijsten bij forensische afdelingen, plaatsen zorgaanbieders cliënten in reguliere afdelingen. Deze cliënten hebben hiervoor echter een te zware problematiek;
2. Door in plaats van tbs iemand te plaatsen onder de zvw, wordt onnodig gebruikgemaakt van het reguliere kader;
3. Zorgverzekeraars moeten zorg doorbetalen die door V&J in strafrechtelijk kader is gestart (zelfs volledig bij niet gecontracteerde aanbieders);
4. Behandeling bij tijdelijk huisverbod moet gefinancierd worden vanuit de Zvw; wachten op strafrechtelijk kader is niet wenselijk;
5. Overgang van leefklimaat (en cultuur) in een PI (gericht op beheersing) naar woonvoorzieningen (gericht op eigen verantwoordelijkheid et cetera) is groot en soms niet overbrugbaar;
6. Er lijkt in een PI steeds minder geoefend te worden met vrijheden, waardoor overgang (zie 5) extra groot is;
7. PI's zijn niet altijd even toegankelijk (communicatie en informatiedeling is slecht), waardoor het starten van het begeleidingstraject in de PI bemoeilijkt wordt en dat is wel noodzakelijk voor de continuïteit van zorg en uiteindelijk voor een succesvol traject;
8. Nazorg door de verwijzer is cruciaal; vindt nu beperkt plaats, waardoor bereidheid om mensen over/op te nemen in vervolgzorg kleiner is;
9. Geen aansluitende woonvoorzieningen na korte detentieperioden, vanwege te korte duur om dit te regelen en wachtlijsten;
10. Geen continuïteit van zorg (woonvoorziening) vanwege geen regiobinding en te lage ZZP (geldt ook voor issue 12: methadonvraag);
11. Als verblijf in RIBW doorloopt, maar strafrechtelijke titel en bemoeienis reclassering afloopt, dan is er onduidelijkheid over continuering van de zorg;
12. Zie 10;
13. Detox binnen ambulante programma is lastig (timing niet goed, motivatie en natraject onduidelijk);
14. Communicatie over verlenging/afloop strafrechtelijke titels verloopt niet goed;
15. In de nieuwe Wlz is het lastig om een indicatiestelling te verkrijgen voor de VG-doelgroep.



Figuur 7. Ordening casuïstiek naar zorgtraject, 'harde' en 'zachte' knelpunten

	Financiering	Schottenregelgeving	Communicatie	Angst/cultuur
Geen zorgverzekering		O		
Preventie wordt niet gefinancierd	X			
Opschorten levensverzekering		B		
Geen overeenstemming				
Rechter neemt indicatie niet over	HI			
Wachlijsten forensische zorg		Q T U		
Wijziging titel/plaatsingsbesluit	A C 14			
Continuïteit van financiering zorg		S		
Vershil Wiz-Zw- Wmo plaats (indicatie)		GV		
Indicatie-aanvraag	R	JW, 13 15	P	
Overgang zorg na detentie				5, 6, 7, 8
Vrees uitval (zorgmijders)	Y	S		
Passende zorg niet beschikbaar	R, AA		U	

Knelpunt	Casuïstiek
Binnen instelling/organisatie	
Cliënt kan na strafrechtelijke titel niet direct terug naar 'langdurige ggz' omdat eerst weer de Zvw zorg (met behandeling) worden ingezet.	G
Tussen instellingen/organisaties	
Wijziging datum plaatsingsbesluit afloop/start/definitief worden titel. - risico op niet kunnen declareren van zorg.	A, C, 14
Rechter neemt advies bijzondere voorwaarden niet of niet toereikend over. Het gevolg is onduidelijkheid over wie de zorg gaat financieren.	H I S
Preventie wordt niet gefinancierd	X
Terughoudendheid in de reguliere zorg ten aanzien van opname (ex-)tbs-ers / ex-gedetineerden uit angst.	U
Maatwerk is lastig te realiseren; er is sprake van wachttijden en er is geen terugkeergarantie. Passende zorg (maatwerk) is niet/lastig te realiseren.	T, Z
Benodigde zorgvorm (beschermd wonen) is niet of niet voldoende ingekocht door opvolgende financier – discontinuïteit na afloop van de titel.	E, R, Y, AA, 11
Vroegtijdige aanmelding beschermd wonen wordt niet geaccepteerd omdat datum start zorg te ver weg ligt. Passende zorg is daarom lastig te realiseren	J, M, P, R, W, 13
Wachtlijsten (FPA, beschermd wonen) en daardoor onzekerheid over doorplaatsing. Passende zorg is niet beschikbaar.	Q, U, R
Overgang leefklimaat en cultuur tussen detentie en vervolgzorg is (te) groot, binnenkomen in PI en nazorg vanuit de PI niet altijd toegankelijk.	5, 6, 7, 8
Detentieperiode om woonvoorziening na detentie te regelen is te kort.	9, 10
Bij combinatie VG en GGZ problematiek verwijzen indicatiestellers naar elkaar - onduidelijkheid binnen welk kader iemand past bij multi-problematiek.	V, 3, 4, 15
Binnen instelling/organisatie	
Onduidelijkheid over wie betaalt als een cliënt geen zorgverzekering heeft.	O
Detentie en opschorten zorgverzekering op dezelfde dag waarop de DBC wordt geopend – risico op niet kunnen declareren van de zorg.	B

Tabel 4. Ordening casuïstiek naar drie niveau's: binnen en tussen organisaties en binnen wetgeving.

Overzicht aangeleverde casuïstiek

Casus A. Achteraf laten verwijzen door de huisarts

Op basis van een plaatsingsbesluit (voorgenomen Indicatiestelling) hebben wij zorg geleverd en gedeclareerd aan justitie. Aansluitend op de door justitie gefinancierde zorg wordt de zorg voortgezet onder de Zvw. Na indienen van de declaratie (DBBC) ontvingen wij een gewijzigd plaatsingsbesluit waarin de einddatum is vastgesteld op datum die ligt voor de einddatum van onze DBBC. Door justitie wordt op basis van het gewijzigde besluit onze declaratie afgekeurd. Dit laatste is op zich correct omdat de einddatum DBBC niet overeenstemt met die in het laatste plaatsingsbesluit. Het probleem dat ontstaat, is dat wij met terugwerkende kracht nog een formele verwijzing moeten opvragen bij de huisarts, dit terwijl de cliënt inmiddels al is uitgeschreven (inclusief ontslagbrief aan huisarts) en is verwezen naar de huisarts. Wij constateren dat hierover de laatste tijd meer en meer onbegrip ontstaat bij de huisarts. Risico: continuïteit van de Zvw gefinancierde zorg komt in gevaar omdat wij als instelling geen formele verwijzing ontvangen van de huisarts. Geen vergoeding kan betekenen dat wij de zorgverlening moeten beëindigen.

Casus B. Zorgverzekering gedetineerden

Wij ervaren de laatste tijd meer en meer problemen met cliënten die door onze crisisdienst (Zvw gefinancierde zorg) worden gezien en die dezelfde dag worden gedetineerd. Op de dag van detentie wordt de zorgverzeke-

ring "slappend c.q. door de PI afgemeld". Probleem dat vervolgens ontstaat, is dat wij de declaratie niet meer kunnen indienen bij de Zorgverzekeraar. Dit omdat op het moment van openen (crisis)-DBC de cliënt tijdelijk onverzekerd is. Kunnen wij deze DBC in rekening brengen bij justitie? Mogelijke oplossing is dat PI's de zorgverzekering een dag later deactiveren.

Casus C. Plaatsingsbesluiten

Wij ondervinden problemen door het te laat ontvangen van plaatsingsbesluiten. Voorafgaand aan het plaatsingsbesluit is er veelal overleg tussen verwijzer en instelling. In het belang van de betrokkene wordt op basis hiervan veelal zorg geboden. De DBBC wordt al geopend voor indirecte contacten en intakecontacten. Soms is zelfs de behandeling al gestart. Als het Plaatsingsbesluit en met name de ingangsdatum ervan valt na startdatum DBBC wordt de declaratie afgekeurd. DBBC opknippen in DBC en DBBC kan niet de bedoeling zijn en bij controle door de Zorgverzekeraar tot vragen leiden. Hierover is veel dagelijks verkeer tussen instelling en verwijzer. Kost beide partijen veel tijd en energie om zaken gecorrigeerd te krijgen.

Casus D. Opschalen van zorg binnen strafrechtelijke titel

Binnen de forensische setting is het lastig om de opschaling van zorg vanwege crisis (van lager naar hoger verblijfsintensiteit) adequaat te financieren. Zo kan een cliënt met een indicatie voor verblijfsintensiteit D of E vanwege een crisis of beheersproblemen overgeplaatst worden naar een setting met een hoger verblijfsintensiteit F of G. Dergelijke opschaling van zorg vereist een nieuwe indicatiestelling en plaatsingsbesluit. Vooral het laatste verloopt moeizaam.

Casus E. Overgang van financiering bij onderaanneming

De verschillende financieringsstromen werpen te hoge drempels op, bij de overgang van forensische naar reguliere zorgvormen. Dit knelpunt is vooral bij de overgang van een forensische setting naar een reguliere BW setting zichtbaar. Om diverse redenen (capaciteitsproblemen, geen inkoopafspraken, et cetera) wordt een groot deel van forensische cliënten via de zogenaamd onderaannemingsconstructie bij BW instellingen of particuliere initiatieven voor begeleid wonen geplaatst. Zolang er sprake is van een strafrechtelijke maatregel verloopt de financiering van dergelijke constructies zonder problemen. Echter, na het expireren van de strafrechtelijke maatregel ontstaan financieringsproblemen. BW's en particuliere initiatieven vragen bijvoorbeeld continuering van de overeengekomen financiering. Dergelijke constructies zijn binnen de DBC systematiek of bij cliënten met een CIZ-indicatie echter moeilijk via onderaanneming te financieren. Hierdoor kunnen we slechts gedurende de looptijd van een strafrechtelijke maatregel van een cliënt onderaannemingsafspraken maken. Na het expireren van de titel is dus geen garantie op voortzetting van de onderaannemingsconstructie. Dit laatste is voor de betreffende BW's en particuliere initiatieven een reden om zich zeer terughouden op te stellen. Het ontbreken van een lange termijn financieringsgarantie leidt zelfs tot het weigeren van cliënten met een strafrechtelijke maatregel.

Casus F. Beschermd Wonen en MO

Voor BW hebben we een actuele casus waarin de ISD maatregel en daarmee de forensische indicatie verliep. Voor deze cliënt doorlopen we nu de route beschikking BW via de Centrale Toegang. Vóór de transitie vroegen we voor cliënten in de BW voorziening na afloop tijdig een AWBZ indicatie aan, en werd het verblijf in een MO automatisch in de Wmo voortgezet. In de nieuwe situatie is een prioriteringsafpraak gemaakt, waarin cliënten die met een titel in een MO of BW verblijven, met voorrang worden behandeld. Dat betekent dat een cliënt met een titel op nr. 1 van de wachtlijst komt voor het cluster waarin hij al in een voorziening verblijft. Zodra de titel afloopt, wordt administratief zijn forensische zorgplek omgezet naar een MO of BW plek, de cliënt merkt daar dan niets van.

Casus G. Voorzorg en Nazorg in langdurige zorg

Cliënt B (belast met schizofrenie) heeft forensische zorg, art. 37 Wetboek van Strafrecht, na een delict in de GGZ: hij verbleef - al enkele jaren - in een kliniek voor langdurige intensieve zorg (gefinancierd uit AWBZ). Na forensische behandeling moet cliënt eigenlijk zo spoedig mogelijk terug naar dezelfde langdurige zorg. Dat kan niet. Door de knip in de zorg, moet cliënt eerst naar een behandelplek die betaald wordt via de Zvw, voordat AWBZ gefinancierde zorg weer mogelijk is. Hij kan dus niet de meest passende zorgvorm krijgen en hij krijgt geen indicatie om de route af te leggen naar deze zorg. Vervolgens kan hij dus nergens terecht: de kliniek die hem wil en zou moeten opnemen, kan dit niet doen vanwege de financiering.

Casus H. Niet opnemen van zorg in bijzondere voorwaarden

De casus betreft een 53-jarige man die op 23 mei 2012 op politierechterzitting is veroordeeld wegens meerdere feiten (vernieling, openbare schennispleging, belediging, bedreiging). Dergelijke zaken werden onder invloed van grote hoeveelheden alcohol gepleegd. Meneer is al jarenlang bekend met middelengebruik en het daarmee gepaardgaand delictgedrag. In 2007 kreeg betrokkene de ISD-maatregel opgelegd. In de extramurale fase werd hij op behandeling A geplaatst, volgde het nazorgtraject van B en stroomde vervolgens door naar zelfstandige huisvesting. Ook het bijbehorende toezicht werd positief afgerond. Afgezien daarvan is betrokkene niet tot nauwelijks in contact geweest met reclassering en/of hulpverlening. In februari 2012 meldde betrokkene zich voor de eerste maal op eigen initiatief bij verslavingszorginstelling A. Aanleiding hiertoe was dat betrokkene acute pancreatitis gekregen had door zijn overmatige alcoholgebruik en tevens door zijn overlastgevende gedrag onder invloed zijn woning werd uitgezet. Vanaf maart 2012 is betrokkene zijn woning kwijtgeraakt, maar kon toen terecht op de afdeling Diagnostiek. In maart 2012 kwam ook de aanvraag voor het opstellen van een reclasseringsadvies binnen bij de reclassering. In dit kader is een aantal keer contact geweest met betrokkene en werd uiteindelijk besloten tot het aanvragen van een NIFP/IFZ indicatieadvies. Dit gezien het feit dat betrokkene weliswaar opgenomen zit op de afdeling diagnostiek tot en met 25 juni 2012, maar er geen vervolgplan is ingezet door verslavingszorginstelling A (dit wegens het feit dat maatschappelijk werk zou zijn wegbezuinigd). De reclassering indiceert een klinisch vervolgtraject. Wegens zijn beperkte verstandelijke vermogens werd hierbij gedacht aan het laagdrempelige programma. Zo was ook het NIFP/IFZ van mening; op 7 mei 2012 werd door hen het indicatie-advies afgegeven dat betrokkene naar instelling B toegeleid dient te worden en werd hij vooruitlopend op het vonnis reeds aangemeld. Drie partijen waren het eens, te weten de reclassering, het NIFP/IFZ en niet in de laatste plaats cliënt zelf; hij ging na enige strubbeling uiteindelijk akkoord met een plaatsing in instelling B. Op 23 mei jongstleden vond de politierechterzitting in deze plaats. Geadviseerd werd om betrokkene een deels voorwaardelijke straf met de bijzondere voorwaarde van een meldplicht op te leggen, een behandelverplichting bij Forensische verslavingskliniek Weerlanden en aansluitend een begeleid wonen traject. Aangezien tijdens het uitbrengen van de rapportage nog geen opnamedatum bekend was, werd gesteld dat het streven en de verwachting was dat betrokkene aansluitend aan zijn ontslagdatum van 26 juni opgenomen zou worden op de klinische setting van Weerlanden in Den Haag. Dezelfde dag belde de OvJ om de uitspraak terug te koppelen; betrokkene heeft een deels voorwaardelijke straf opgelegd gekregen met de bijzondere voorwaarde van een meldplicht. De opnameverplichting op Weerlanden is niet overgenomen, aangezien de rechter dit te vaag vond.

Cliënt was zelf in de veronderstelling naar Weerlanden te moeten, hij zou dit aan de rechter toegezegd hebben. Het is dan ook dat het uiteindelijk niet opgelegd is door de rechter aangezien er wat twijfels bestonden en betrokkene toezegde toch sowieso te zullen gaan. Dat is natuurlijk waar het mis gaat, want nu dit niet is opgelegd als bijzondere voorwaarde, zal betrokkene hier niet geplaatst kunnen worden.

Rapporteur heeft meerdere malen contact gehad met NIFP/IFZ. Het NIFP/IFZ stelde de situatie te begrijpen, maar gaf aan geen indicatie te kunnen afgeven wanneer het niet expliciet in het vonnis vermeld staat, aangezien dit in een latere fase betalingsproblemen zou opleveren. Cliënt is uiteindelijk met tussenkomst van het FPL geplaatst op de Weerlanden. Tot op de dag van vandaag is het onduidelijk of de opname door Justitie gefinancierd wordt.

Casus I. Vervolgtraject in bijzondere voorwaarden

Cliënt is op basis van een indicatiestelling van NIFP/IFZ opgenomen in de Detox bij zorgaanbieder Z, met als doel detoxificatie en diagnostiek. Concrete vraag vanuit de reclassering en NIFP/IFZ was om tijdens opname een verder klinisch traject uit te stippelen. Echter, tijdens opname bleek dat het vonnis achteraf niet toereikend was voor opname en NIFP/IFZ trok de indicatiestelling in. Inmiddels werd duidelijk dat een vervolgtraject Y passend zou zijn. Hierop heeft de reclassering een verzoek tot het openbreken van het vonnis gedaan. Donderdag 4 april 2013 diende de vordering wijziging bijzondere voorwaarden bij de raadkamer van de rechtbank in Alkmaar. Pas na de behandeling van deze vordering bleek dat de vordering bij de politierechter moest worden aangebracht. Hierdoor was er geen vonnis. De opname zorgaanbieder Z was al afgerond en het ontslag was al driemaal uitgesteld in afwachting van een vervolgtraject. Uiteindelijk heeft instelling Y besloten om cliënt over te nemen. Op dat moment was er nog geen geldige indicatiestelling. Inmiddels heeft de politierechter de bijzondere voorwaarden gewijzigd en is er een indicatiestelling.

Casus J. Overplaatsing naar Beschermd Wonen

Betreft een cliënt bij wie het toezicht over drie maanden afloopt; opname binnen een beschermd wonen afdeling is noodzakelijk; cliënt is aangemeld bij aanbieder X in Delft. Deze organisatie heeft echter geen contract met justitie; een CIZ-indicatie kan pas zes weken voor einde toezicht worden aangevraagd. Bovendien is er een wachtlijst. Cliënt is, na tussenkomst van politie, gezien door de crisisdienst en vrijwillig opgenomen bij aanbieder W. Cliënt kan absoluut niet terug naar huis (woont nog bij zijn ouders). Een klinische opname is niet opgenomen in het vonnis. Meest wenselijk is opname in een beschermde woonvorm na de klinische opname. Cliënt is uiteindelijk overgeplaatst naar aanbieder W, echter zonder zicht op doorplaatsing gezien het feit dat nog geen CIZ-indicatie kan worden aangevraagd.

Casus K. Zorgcontinuïteit na afloop titel bij zorgmijders

Cliënt is veroordeeld tot art. 14a bijzondere voorwaarden met klinische voorwaarden voor de duur van 6 maanden. Bij cliënt is sprake van ernstige verslavingsproblematiek en schizofrenie. Cliënt staat bekend als notoire zorgmijder. Cliënt gebruikt dagelijks cannabis als zelfmedicatie. Om zijn cannabisgebruik te bekostigen pleegt betrokkene verweringscriminaliteit met geweldpleging en is daarvoor ook veroordeeld.

Op basis van de ernstige verslavingsproblematiek en schizofrenie is een intensieve klinische behandeling geïndiceerd op FG3 niveau voor de duur van minimaal 1 jaar. Aanvang behandeling staat in het kader van stabilisatie gevolgd door psychotherapie om ervoor te zorgen dat betrokkene meer ziektebesef en -inzicht ontwikkelt. Vervolgens zal toegewerkt moeten worden naar een gefaseerde terugkeer naar de maatschappij waarbij voldoen externe structuur en toezicht geboden kan worden.

Gezien de langdurige ernstige problematiek van betrokkene is een intensieve klinische behandeling geïndiceerd voor de duur van minimaal 1 jaar. Cliënt heeft echter maar klinische voorwaarden opgelegd gekregen voor de duur van 6 maanden (DBBC) waardoor vervolgbehandeling binnen een vrijwillig kader (DBC) voortgezet moet worden. Cliënt heeft echter onvoldoende ziektebesef en zal daarom niet vrijwillig behandeling volgen. Wanneer vervolgbehandeling niet voortgezet kan worden, zal cliënt na het verlopen van het strafrechtelijk kader behandeling beëindigen. Door het ontbreken van ziektebesef zal cliënt stoppen met het nemen van zijn antipsychotica waarna betrokkene snel zal terugvallen in oude copingsvaardigheden. Betrokkene zal weer cannabis gaan gebruiken om zijn rust te vinden en zijn gedachten te structureren. Hierdoor zal betrokkene weer spoedig terugvallen in verweringscriminaliteit en een verhoogd risico zijn voor de maatschappij. Om de kans op recidive te verkleinen en om te werken naar een stabiel toekomstperspectief wordt ervoor gekozen om een Rechtelijk Machtiging (DBC) aan te vragen. Vervolgbehandeling kan hierdoor gefaseerd voortgezet worden. Doel is dat betrokkene voldoende ziekte-inzicht krijgt en vrijwillig zijn medicatie zal nemen. Cliënt kan vervolgens doorstromen naar een BW of zelfstandig wonen met ambulante begeleiding.

Casus L. langere behandelduur door geen overeenstemming tussen betrokken instanties.

Cliënt verblijft sinds 19 maart 1991 in een tbs-kliniek en vanaf 21 oktober 2013 is cliënt buiten het FPC geplaatst. De FPC is hoofdaannemer en de klinische afdeling is onderaannemer. Vanaf het begin van de plaatsing op de besloten afdeling is er een meningsverschil over de te zetten stappen en de risico inschatting van cliënt. De hoofdaannemer schat de risico's hoger in en is daarom voorzichtiger in het inzetten van de volgende verlofstappen. Risicotaxatie juni 2014: De kans op seksueel gewelddadig gedrag wordt bij transmuraal verlof, ingeschat als matig tot gering. Voor cliënt is het na al die jaren van verblijf binnen het FPC een zeer grote overgang en het nieuwe behandelteam dient alert te zijn op de destabiliserende factoren. Daarnaast valt het hulpverlenersnetwerk van aanbieder Z weg en zal het behandelteam aldaar dit met cliënt op moeten bouwen. Gezien de uitgebreide voorgeschiedenis en de langdurige hospitalisatie in de tbs, kan aangenomen worden dat cliënt niet zelfstandig in de maatschappij kan leven. Het risico op seksueel gewelddadig gedrag wordt als hoog ingeschat, omdat cliënt naar verwachting met veel destabiliserende factoren in aanraking zal komen. Hij lijkt niet in staat tijdig en adequaat in te grijpen wanneer hij aan spanningen wordt blootgesteld. Cliënt zal hierom altijd begeleiding nodig hebben en wil dat zelf ook.

Pro Justitia rapportage mei 2011: De diagnostische conclusies en risico-inschatting komen goeddeels overeen. Er is sprake van zwakbegaafdheid, cluster-B-persoonlijkeidproblematiek en een niet nader te classificeren bipolaire stoornis met psychotische kenmerken naast polymiddelenafhankelijkheid thans in volledige remissie. Hoewel gestandaardiseerde risicotaxatie een hoog recidiverisico laat zien, lijkt de delictgevaarlijkheid aanzienlijk te worden verlaagd als gevolg van een middels medicatie goed gestabiliseerd psychiatrisch beeld, stabiele

abstinentie, somatische complicaties en ouderdom. Onderzoeker is van mening dat het huidige risicomanagement, waarbij de nadruk ligt op nauwgezette monitoring- en zo nodig bijstelling van medicamenteus beleid ten aanzien van psychiatrische en somatische problematiek ook kan plaatsvinden binnen een setting met een lager beveiligingsniveau ("high care, low control").

Het feit dat cliënt voor de rest van zijn leven afhankelijk zal blijven van verblijf in een beschermde voorziening met redelijke intensieve zorg, staat niet ter discussie. Onderzoeker ziet echter wel mogelijkheden om cliënt meer vrijheden te verlenen. Een FPK of PFA valt te overwegen, hoewel ook een reguliere klinische afdeling voor ouderenpsychiatrie denkbaar is, zeker wanneer het accent nog meer komt te liggen op medisch-somatische zorg. Eventueel zou de overgang van longstay-tbs naar een reguliere verblijfsvoorziening binnen de (ouderen) psychiatrie geleidelijk kunnen verlopen via transmuraal verlof op een FPA/FPK binnen het huidige tbs-kader. Pro Justitia rapportage juni 2011: Onderzoeker deelt de diagnostische conclusie die momenteel de basis vormt voor de behandeling. Ondergetekende deelt niet de interpretatie van de kliniek voor wat betreft de risico-inschatting.

Bij een gestructureerde risicotaxatie worden alle risicofactoren uit het verleden volledig meegeteld. Bij cliënt is echter een duidelijke verandering van een aantal essentiële risicofactoren aan de orde. In de eerste plaats is het psychiatrisch beeld dat een belangrijke factor vormde bij de totstandkoming van de tenlastegelegde feiten - door de ontremmende krachten die ervan uitgingen - door adequate behandeling in gunstige zin sterk veranderd van expressie. De drive erachter is sterk verminderd ten gevolge daarvan. Minstens zo belangrijk is dat betrokkene door de veelheid van ernstige somatische ziekten veel minder seksuele aandrift heeft dan in het verleden. Met andere woorden: hier gaat ook minder risico vanuit.

Er is in wezen geen adequate aansluiting tussen risico-inschatting en risicomanagement, omdat wanneer cliënt op een identieke manier zou worden verpleegd in een van de aanleunwoningen van een psychiatrisch ziekenhuis - met uitgebreide verlofmogelijkheden en zonder tbs-titel - er genoeg risicomanagement zou zijn om herhaling te voorkomen. Met andere woorden: tbs-kader en tbs-setting zijn hier niet langer nodig. Via een longcare-voorziening kan toegewerkt worden naar plaatsing onder de Bopz (of de wet op de gedwongen psychiatrische zorg) in een afdeling voor ouderenpsychiatrie.

Gedurende het verblijf binnen aanbieder Y laat cliënt een stabiel psychiatrisch beeld zien. Hij is medicatietrouw en is goed ingesteld op de juiste medicatie: geen manische ontremming. Tevens is cliënt nimmer positief bevonden op het gebruik van middelen en zijn er geen aanwijzingen van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Wel kijkt hij naar vrouwen en geeft vrouwen kleine cadeautjes. Hij heeft echter wel laten zien dat financiën voor hem een probleemgebied is. Hij is erg gesteld op het hebben van geld en heeft erg veel moeite als hij gekort wordt op zijn financiën. Er is naar boven gekomen dat hij de afgelopen vier jaar stelselmatig huur- en zorgtoeslag heeft ontvangen op een rekening die niet bekend was bij het FPC. Inmiddels is er een terugbetalingsregeling afgesproken met de belastingdienst. Zo probeert hij vaker op verschillende manieren geld te genereren. Dit blijft een aandachtspunt en bewindvoering is aangevraagd.

In de behandelplanbespreking van maart 2014 is afgesproken dat de volgende stap gezet kan worden in zijn traject en met zijn verloven. Namelijk proefverlof voor plaatsing in een trainingshuis op het GGZ terrein. De begeleiding zal door hetzelfde team van aanbieder Y gedaan worden. Elke dag is er een dienst beschikbaar voor de 12 cliënten die verblijven op de trainingshuizen. Voorwaarde voor proefverlof door de hoofdaannemer is bewindvoering. De reclassering is vervolgens gevraagd een rapport te schrijven om te beoordelen of zij in het kader van proefverlof toezicht kunnen houden op cliënt. In de voorbereiding van het rapport is contact gelegd met de hoofdaannemer, niet met de onderaannemer. Ze hebben positief geadviseerd maar achten een overplaatsing naar het trainingshuis te snel. Ze zijn voorstander van een langer verblijf bij aanbieder Y. Reden: "Iedere verandering vormt een risico voor ontregeling (verwijzing naar fraude met geld) en dat juist deze man waar sprake is van een forse bipolaire stoornis, met grote zorgvuldigheid naar gekeken moet worden en dat een verblijf in het trainingshuis zonder vaste begeleiding en structuur niet gewenst is". Kortom, de betrokken instanties liggen niet op één lijn, zoals in het begin is beschreven. Het traject zal langer gaan duren dan is afgesproken tussen hoofdaannemer en onderaannemer door o.a. de tussenkomst van de reclassering.

Casus M. Overplaatsing tbs gestelde naar reguliere GGZ: angst?

Cliënt verblijft vanaf 1996 in een FPC. Op 28 januari 2008 wordt hij overgeplaatst naar een andere FPC vanwege een incident. Cliënt verblijft sinds 8-5-2013 bij aanbieder A. In een behandelplanbespreking in oktober 2013 is het vervolgetraject verder uitgezet en gaat eerst naar een trainingshuis en vervolgens naar begeleid wonen binnen de reguliere GGZ. Hij is vervolgens aangemeld bij een GGZ instelling die ook begeleid woonvoorzieningen heeft. Een vroege aanmelding is bewust gedaan vanwege lange wachttijden. Cliënt is niet uitgenodigd voor een intake. Op basis van het dossier is cliënt afgewezen. Redenen: "Omdat het perspectief

nog te ver weg ligt, eerst kijken hoe cliënt het doet in het trainingshuis, rondom het formele kader is nog veel onduidelijk, onduidelijkheid over de eisen ten aanzien van risicobewaking, na overleg met directeur zorg van de instelling is binnen de huidige kaders van TBS met verlofmodaliteit, plaatsing waarschijnlijk niet mogelijk, noch wenselijk". Een intakegesprek vond men niet wenselijk, aangezien dat een verkeerd signaal af zou kunnen geven naar cliënt. Dus een doorstroom vanuit de forensische GGZ naar de reguliere GGZ is in deze casus (nog) niet gelukt. Sinds 6 december 1995 verblijft cliënt op vrijwillige basis bij aanbieder B. Op 24 december 1995 steekt hij aldaar een verpleegkundige in de buik, naar zijn zeggen om voortzetting van zijn verblijf af te dwingen omdat hij geen huisvesting heeft. RT maart 2014: "Op basis van de informatie uit de risicotaxatie instrumenten wordt het recidiverisico op een indexdelict bij onmiddellijke beëindiging van de huidige maatregel op de korte termijn als laag en op de lange termijn als matig ingeschat. Het recidiverisico bij proefverlof/voorwaardelijke beëindiging wordt als laag ingeschat".

Casus N. Geïndiceerde doorplaatsing naar reguliere GGZ wordt niet ingezet.

Cliënt is op 30-08-2006 opgenomen binnen een FPC. Vanaf 16-04-2013 is cliënt opgenomen bij aanbieder C. De reclassering is betrokken in verband met voorwaardelijke beëindiging van de TBS en is hoofdaannemer. Gedurende deze opname laat cliënt over het algemeen een stabiel psychiatrisch beeld zien. Tijdens zijn verblijf in het FPC blijft cliënt een sterke behoefte ervaren aan het gebruik van drugs. Hij wordt gedurende zijn opname meerdere malen positief bevonden op een urinecontrole (cocaine en cannabis). Binnen aanbieder C is cliënt ook meerdere malen teruggevallen in soft- en harddruggebruik. In zijn behandelplanbespreking is het traject besproken en is besloten om de vervolgstap te zetten naar een trainingshuis op het GGZ terrein. Deze plaatsing wordt in november 2013 gerealiseerd. Echter, na een aantal keren toch weer middelen gebruikt te hebben geeft cliënt aan dat hij de vrijheid niet aan kan en niet terug wil naar het trainingshuis. De reclassering gaat vervolgens in beraad en vraagt het behandelteam van aanbieder C om advies. Het behandelteam geeft het volgende advies:

"De inschatting is dat cliënt niet van de drugs af kan blijven en af en toe tot middelengebruik zal overgaan. De vraag is echter in hoeverre hij onder invloed van verschillende middelen delictgevaarlijk wordt. Gedurende het verblijf binnen aanbieder C heeft hij meerdere malen en meerdere middelen gebruikt: cannabis, speed en cocaine. Hij liet als reactie een wisselend beeld zien: paranoïde gedachten en bizar gedrag afhankelijk van het middel. Doordat de symptomen duidelijk zijn en binnen twee dagen verdwijnen en omdat het signaleringsplan duidelijk is en adequaat uitgevoerd waren de gevolgen prima te managen. De verwachting is dat het recidive risico ook laag blijft zolang er externe sturing op een adequate dagbesteding en controle op middelengebruik aanwezig blijft. Een sporadisch gebruik van middelen is niet uit te sluiten, maar in een beschermde woon-omgeving/afdeling zal het goed te couperen zijn. Cliënt is een man met schizofrenie die naar ons oordeel middelen gebruikt om enerzijds sombere en eenzame gevoelens en gebrek aan aandrift af en toe te couperen en anderzijds duidelijk te maken dat zelfstandig wonen geen optie is wat hem betreft.

Een beschermde woonvoorziening met sturing op de onderlinge verhoudingen tussen de bewoners en een goede uitvoering van het signaleringsplan door dagelijks contact is samen met een bed op recept regeling voor enkele dagen naar ons idee het beste (langjarige) perspectief voor deze man".

Dit advies sluit aan bij een eerder rapport van PJ rapportage: "Risicotaxatie op grond van klinisch onderzoek." Het recidiverisico is bij betrokkene afhankelijk van het hebben van dagbesteding, het niet hebben van verveling, medicatietrouw, middelenabstinentie, structuur, begeleiding in het dagelijks leven en behandeling/ondersteuning in de omgang met triggers tot middelengebruik. Een zeer belangrijke factor die betrokkene zich in de loop van zijn behandeling eigen heeft gemaakt is het inzicht dat hij heeft in zijn middelengebruik en psychose. Dit, samen met de bovenbeschreven omstandigheden, die er niet waren ten tijde van het indexdelict, maken dat betrokkene een reguliere psychiatrische cliënt is en de kans op herhaling van misdrijven klein is. Dat neemt niet weg dat structuur, dagbesteding, begeleiding en alertheid betreffende middelengebruik gegarandeerd moet blijven in de toekomst. Vallen deze factoren weg is, dan is er wederom een matig tot grote kans op terugval in middelengebruik en mogelijk op termijn recidive in delicten.

Betrokkene zal gezien zijn ziekte levenslang onder begeleiding/behandeling moeten blijven staan. Hij kan beschouwd worden als een reguliere psychiatrische cliënt. Hij heeft ziektebesef en -inzicht en is gemotiveerd voor begeleiding/behandeling. Daarnaast is er in een setting als de RIBW met ambulante behandeling voldoende toezicht op betrokkene om de medicatie-inname, zucht en mogelijke terugval in middelen op te merken en te behandelen, eventueel met een opname in bijvoorbeeld een verslavingskliniek of FPA. Gezien het functioneren en het inzicht dat betrokkene heeft is dit niet anders dan bij andere mensen met de ziekte schizofrenie. Inmiddels is cliënt door de reclassering aangemeld bij een forensisch psychiatrische afdeling. Kortom, een doorplaatsing naar de reguliere GGZ is niet ingezet.

Casus O. Forensisch FACT team

De heer A heeft een ernstig delict gepleegd. Hij is verdacht van het doden van een vriendin en het laten verdwijnen van haar lichaam. Uitspraak rechtbank: Doden van vriendin is niet bewezen, het laten verdwijnen van haar lichaam wel. Uitspraak: 9 maanden cel en toezicht van de reclassering met daarbij behandeling van aanbieder Z. Intake, DBC, indicatievergadering heeft wel plaats gevonden en eerste kennismaking is geweest vanuit het forensisch (f)-ACT team. Mijnheer laat in dit contact weten dat hij al maanden de reclassering niet heeft gezien. Na overleg met cliënt contact gezocht met de reclassering. De officier heeft beroep aangetekend tegen de uitspraak. Hierdoor heeft de reclassering geen toezichttaak en is er geen verwijzing naar de reclassering en geen verplichtend kader voor behandeling. In gesprek met mijnheer zegt deze: "Ik wil graag in behandeling. Ik heb hulp nodig. Echter, ik heb geen zorgverzekering. Dit kan ik niet betalen". Tevens vindt hij dat in de uitspraak van de rechtbank voldoende aanwijzingen zijn om te starten met de behandeling. Mijnheer geeft toestemming voor een overleg op het niveau van het "Veiligheidshuis". Omdat mijnheer geen zorgverzekering bezit kan de behandeling officieel niet starten. Wie gaat dit betalen? Laagfrequent (2 wekelijks) is er contact en wordt mijnheer begeleid in meer dagelijkse zaken. Stand van zaken van deze casus(febr. 2015) is dat de gemeente Zwolle overweegt om in de periode tussen de aanmelding en de afloop van het hoger beroep de behandeling te betalen, maar dat is nog niet met de wethouder besproken.

Casus P. Indicatiestelling CIZ na tbs

Drie van onze bewoners die overgegaan zijn (einde tbs naar vrijwillig/RM) hebben problemen met het CIZ-orgaan en het zorgkantoor. De aanvragen mogen volgens het CIZ pas gedaan worden als de uitspraak vrijspraak is uitgesproken (vinden wij ook logisch).

En dan duurt de verwerkingstijd best lang. Hierdoor wordt zowel de aansluiting (einde tbs - vrijwillig) gemist qua datum en er wordt gebakkeleid dat dit niet met terugwerkende kracht kan.

Nog zorgwekkender is het feit dat de bewoner (dus zijn mentor) verplicht wordt door het zorgkantoor om bij andere zorgaanbieders te informeren naar een plek (of dit in ZIN kan en/of goedkoper). Dit vinden wij een vreemde en zeker ongewenste ontwikkeling.

De zaak is toen voorgelegd aan een contactpersoon van CIZ en kort daarop kreeg ik het volgende bericht: "We hebben telefonisch contact gehad met het CIZ. Concreet hebben ze teruggegeven dat de CIZ-aanvraag gedaan moet worden voor de rechtszitting (binnen de 6 weken termijn) om aansluiting te waarborgen, omdat zij een verwerkingstermijn van 6 weken hebben. Wanneer de uitspraak nog niet gedaan is door de rechtbank en het CIZ belt voor een afspraak of vraagt om aanvullende informatie dan mag het verzoek gedaan worden om de aanvraag op te schorten. Dit schijnt nu de procedure te zijn. In het geval van cliënt J. willen ze nu uit coulance met terugwerkende kracht de CIZ-indicatie in laten gaan. De brief hierover volgt. Verder geven ze als tip mee om de aanvraag niet door de cliënt te laten doen (en te tekenen), maar door de gemachtigde namens de cliënt. Wij hebben wel aangegeven dat het binnen het CIZ-orgaan verschillend werkt bij verschillende medewerkers en dit vond ze zeer spijtig, maar kwam haar niet onbekend voor.

Casus Q: Cliënt met klinische indicatie wordt onverwacht vrijgelaten door wachtlijsten FPA

Reclassering adviseert voorwaarde klinische zorg, op basis van een indicatiestelling van het IFZ. Ter zitting van is door de FPA duidelijk aangegeven dat er op dat moment geen plek is, ter zitting ook geen indicatie gegeven over het moment waarop betrokkene opgenomen zou kunnen worden. Daarom heeft de rechtbank in het vonnis opgenomen dat betrokkene tot aan de opname in detentie zal moeten verblijven. De rechter neemt het advies van de reclassering over en voegt het volgende aan het vonnis toe: de rechtbank realiseert zich dat op moment van de uitspraak mogelijk niet direct een behandelplaats bij instelling X of soortgelijke instelling beschikbaar is. Uit het systeem van de wet volgt dat dit in de praktijk voor verdachte zal betekenen dat hij, ondanks dat de voorlopige hechtenis wordt opgeheven, tot aan het moment van beschikbaar komen van een behandelplek nog feitelijk in detentie zal moeten blijven. De reclassering heeft in de dagen na de zitting getracht duidelijkheid te krijgen over een plaatsingsdatum (garantiedatum) maar deze kon de FPA ons niet geven omdat er een wachtlijst was. Ondanks het vonnis wordt cliënt op last van het OM onverwacht vrijgelaten.

Casus R: Doorstroming forensisch beschermd wonen naar Wmo

Eerdaags stroomt er een bewoner in. Bij aanvang is duidelijk dat deze bewoner een forensische zorgtitel heeft tot september 2015. Zoals we het nu inschatten heeft de betrokkene een langdurig (lees minimaal 12-14 maanden) traject nodig alvorens door te stromen naar een (deels) zelfstandige woning. Er is veel psychosociale problematiek. Voor de beeldvorming: hij scoort binnen de ZZP systematiek een ZZP GGZ-C4. Met deze informatie en kennis is een verzoek bij de gemeente neergelegd om alvast mee te denken en afspraken te

maken over de nazorg in september. Er is een offerte neergelegd en de gemeente heeft hierop gereageerd. Het besluit van de gemeente is dat er tegen het eind van de forensische zorgtitel een aanvraag bij het wijkteam neergelegd kan worden met de vraag voor ondersteuning, bekostigd vanuit de Wmo. Zij zullen de aanvraag in behandeling nemen en mogelijk dat dit leidt tot een financiering. Zeker geen garantie. De gemeente gaf daarbij ook aan dat dit alleen kan op basis van onderaannemerschap via een contractpartner in de gemeente.

Casus S Detox

Een recent voorbeeld betreft een cliënt die opgenomen moet worden vanuit justitie, maar er is enkel een ambulante behandelverplichting met mogelijkheid tot een detox van 7 weken. Cliënt heeft de detox hard nodig, maar ook een vervolg. Cliënt heeft geen huisarts en eind deze maand weten we pas wat de uitspraak gaat zijn van de zitting van deze week. Dan weten we dus pas of er een klinische behandelverplichting komt en kunnen we het traject richting DD doorzetten en de vraag is of opname daar dan nog aan gaat sluiten op de huidige detox.

Casus T Niet plaatsen van cliënten door lange wachtlijsten

59-jarige man met Korsakov. Heeft de ISD-maatregel opgelegd gekregen wegens veelvuldige contacten met justitie (stelen van bier uit supermarkt). Hij is in hoger beroep tegen de maatregel omdat hij en zijn advocaat van mening zijn dat hij met deze problematiek niet thuis hoort binnen justitie. Met een RM is hij echter vooralsnog niet plaatsbaar omdat de opnameplaatsen binnen de GGZ geen opnameplek kunnen bieden voor iemand met deze problematiek. Er zijn echter lange wachtlijsten voor de gesloten woonvoorzieningen, vaak zelfs langer dan de ISD-maatregel; (2 jaar). Feit is nu dat mijnheer al ruim een halfjaar binnen het huis van bewaring verblijft en het vanwege het hoger beroep en dus geen duidelijk vonnis, moeilijk is een traject uit te zetten. Inmiddels heeft een zorgconferentie plaatsgevonden met in- en externe hulpverleners en instellingen en lijkt er een mogelijke woonvoorziening gevonden. Advocaat en rapporteur (NIFP) zijn betrokken en bereid om ook hun bijdrage te doen voor wat betreft rechtsgang en advies.

Casus U Plaatsing binnen de forensische zorg lastig door wachtlijsten

41-jarige man, behorend tot de TOP600, lange voorgeschiedenis binnen zorg en justitie, bekend met persoonlijkheidsproblematiek, PTSS en verslaving. Hij verbleef in de PI tussen juli 2014 en januari 2015. Begin 2014 heeft hij een opname in de FPA Cederborgh afgerond maar daarna dus gerecidiveerd. Hij is opnieuw gerapporteerd door het NIFP en een kortdurende opname in Basalt werd geadviseerd. Binnen detentie kreeg cliënt EMDR-behandeling en is met hem gesproken over zijn verdere traject. Dit in overleg met behandelaren, regisseur TOP600, reclasseringstoezichthouder en rapporteur. Uit informatie reclassering en regisseur bleek dat cliënt hoog op de lijst stond bij een beschermde wooninstelling en dat huisvesting dus geen probleem zou hoeven zijn. Een korte overbrugging in een kliniek werd echter wel van belang geacht en ook cliënt gaf aan daarvoor gemotiveerd te zijn. Cliënt gaf wel aan veel wantrouwen jegens justitie en zorg te hebben daar er naar zijn idee nooit aandacht geweest was voor nazorg.

Een IFZ-indicatie werd aangevraagd voor 15.5-plaatsing te instelling A. Dit bleek in eerste instantie niet mogelijk daar er enkel lange behandelingen mogelijk zouden zijn van 9 maanden. Dit werd niet gewenst door cliënt maar ook niet door de huidige zorg/hulpverleners. Daar hij recent al een lange opname had doorgemaakt was de insteek nu een korte 'opfris'-opname (geadviseerd ook door NIFP) en veel aandacht voor ambulante zorg (for ACT), huisvesting en begeleiding. IFZ adviseerde een plaatsing te instelling B ter overbrugging. Dit had echter als probleem dat de bestemming van instelling B wijzigde rond december 2014 en er op dat moment en aansluitend op de detentie geen plek was. Door zowel reclasseringsrapporteur en toezichthouder en regisseur is meerdere malen contact geweest met de instelling voor beschermd wonen en werd steeds aangegeven dat cliënt hoog op de lijst stond. Helaas gaf men ook aan dat aansluitend op de einddatum, januari 2015, er geen plek zou zijn.

Er is met het RIBW overlegd over een overbrugging bij de Tussenvoorziening (plek waar veel mensen komen na tbs of in laatste fase van tbs). Daar stonden zij voor open, maar er moest wel een hernieuwde intake plaatsvinden. Na de hernieuwde intake in december echter werd aangegeven dat zij de stap vanuit een HvB naar de Tussenvoorziening veel te groot vonden (vanuit een Huis van bewaring is het niet mogelijk om vast op te bouwen met vrijheden en is er geen 'terugkeergarantie'). Tevens werd, naar aanleiding van de intake en het feit dat er sprake was geweest van een hernieuwd delict na de eerste aanmelding, aangegeven dat zij helemaal geen plek meer konden bieden aan cliënt. Hierop is veel overleg geweest tussen de PI (mmd/SPV) en externe partners (regisseur, toezichthouder et cetera) met betrekking tot een noodoplossing.

In de tussentijd was er intern in de PI onduidelijkheid over de einddatum; cliënt kreeg er plots een maand detentie bij (wat dus even rust gaf) maar dat bleek niet juist te zijn (waardoor de druk weer groter werd). Uiteindelijk is door de regisseur een plek gevonden in de maatschappelijke opvang van het Leger des Heils te Amsterdam. Dit ter overbrugging van een meer structurele en passende plek. Cliënt is op de dag van plaatsing aldaar gezien door regisseur en had een afspraak bij de zorg. Door de langdurige onduidelijkheid betreffende plaatsing kon cliënt niet worden aangemeld bij de GGZ, gelukkig kon dit door de reclassering snel opgepikt worden. Helaas was er wel zoveel aandacht uitgegaan naar huisvesting dat medicatie niet was meegegeven uit de PI, waardoor dit dezelfde avond nog langsgebracht moest worden...

Huisvesting leek in eerste instantie geen probleem, later was aansluiting op detentie een probleem en na een herhaalde intake werd de gehele plek ingetrokken. Passende zorg bleek moeilijk wegens een vaststaand zorgprogramma en bij ontbreken van de juiste titel. Tijdig aanmelden bij de ambulante GGZ was niet mogelijk wegens de lange onduidelijkheid over de toekomstige woonplaats. TOP600-titel en intensief onderling contact hebben bijgedragen tot het nog last minute kunnen regelen van een tijdelijke huisvesting.

Casus V: Combinatie VG en GGZ problematiek

Cliënt moet verplicht 1 jaar binnen onze FPA verblijven. Deze maatregel was in december geëxpireerd en nazorg was geregeld bij aanbieder Z en mijnheer kon wonen binnen aanbieder Y; een woonvorm met 24-uurs begeleiding, voor mensen met een verstandelijke beperking. Cliënt woont sinds 2009 in Nederland, maar beheerst de Nederlandse taal niet goed. Rond oktober hebben wij vanuit de FPA een Raventest gedaan, waaruit TIQ-score kwam van 57. De indicatie aanvraag werd bij het CIZ gedaan, omdat zij de indicaties af moeten geven voor woonvormen in de VG-sector. Uiteindelijk heeft het CIZ de indicatie afgewezen. Ons is mondeling teruggegeven dat de indicatie zou worden afgewezen in verband met goed spreken van Engels en het niet volledig zijn van een RAVEN-test (IQ). In de schriftelijke afwijzing staat dat de indicatie is afgewezen omdat niet is aangetoond dat de VG-problemen al voor zijn 18e levensjaar bestonden. CIZ heeft aangegeven dat aanbieder Y ook woonplekken heeft voor mensen vanuit de GGZ en dat wij dus een indicatie aan moeten vragen bij de gemeente. Het probleem hier is de verwijzing naar elkaar bij cliënten die een combinatie hebben van VG-problematiek en GGZ-problematiek. Beide partijen (CIZ en gemeente) lijken de verantwoordelijkheid niet op zich te willen nemen. Beide partijen kijken dan ook puur naar de kosten op de korte termijn in plaats van op de lange termijn. Op de korte termijn scheelt dit natuurlijk geld als zij de indicatie niet afgeven, echter cliënt gaat zeer waarschijnlijk zonder goede nazorg met ontslag en dan zijn de problemen/kosten op langere termijn niet te overzien.

Casus W: Aanmelding voor regulier kader kan pas na afloop titel

Cliënt verblijft vanaf oktober 2014 binnen onze instelling. Zij heeft een juridische maatregel tot 15 augustus 2015. Wij willen haar aanmelden voor begeleid wonen, voor na deze maatregel. Zojuist heb ik telefonisch contact gehad met RIBW. Zij geven aan dat er eerst een indicatie vanuit de gemeente moet worden afgegeven, voordat zij een aanmelding kunnen verwerken. Indien dit klopt, kan de gemeente al een indicatie afgeven, terwijl mevrouw een juridische maatregel heeft? Het probleem bij deze casus, indien bovenstaande informatie klopt, is dat wij de uitstroom pas kunnen gaan regelen als de juridische maatregel van cliënten is verlopen. Gezien alle wachttijden, is dit veel te laat. Aanmeldingen en intakegesprekken moeten al worden gedaan tijdens de juridische maatregel.

Casus X: Preventie vanuit (f)-ACTteam wordt niet gefinancierd

Elke 2 weken bezoekt een vast teamlid van het (f)-ACT-team alle 12 reguliere FACT teams (EPA doelgroep). Deze 12 teams behandelen gemiddeld 2400 EPA cliënten. Gedurende een jaar is gekeken bij hoeveel cliënten het ForACT team structureel consultatie heeft geboden en of dit ertoe heeft geleid dat deze cliënten werden overgedragen aan het ForACT team. De monitoring vond plaats voor 128 cliënten, uiteindelijk zijn slechts 10 van hen in zorg genomen door het ForACT team. De overige 118 cliënten konden met behulp van extra ondersteuning, advies of een korte forensische behandeling bij de forensische polikliniek in zorg blijven bij het reguliere (f)-ACT-team. Deze vorm van consultatie kost het ForACT team 8 uur per week, inclusief extra risicotaxaties en reistijd. Dit wordt niet gefinancierd.

Casus Y: Zorgmijding door eigen risico in Zvw

Cliënt A met TBS proefverlof verblijft in een forensische RIBW. Dit verblijf wordt betaald door DForzo op basis van de IFZ indicatie van het NIFP. Cliënt A kan niet alleen wonen na een jarenlang verblijf via FPC en FPA in een kliniek. Daarbij heeft hij een licht verstandelijke beperking, is makkelijk beïnvloedbaar en grijpt hij snel

naar cocaïne. Het ontbreekt hem aan vermogen tot overzicht, plannen en organiseren. Werken lukt slechts via een sociale werkplaats voor drie ochtenden in de week. Cliënt A gaat naar zijn verlengingszitting. De verwachting is dat de tbs proefverlof wordt omgezet in voorwaardelijke beëindiging. De rechter besluit echter anders: het wordt onvoorwaardelijke beëindiging. Dat betekent dat na het definitieve vonnis de financiering vanuit justitie nog max 2-4 weken doorloopt en dan stopt. Het team vraagt een woonindicatie aan bij de gemeente op basis van de Wmo. Deze geeft geen indicatie af omdat er geen financiële middelen meer zijn. Cliënt A moet op stel en sprong een eigen woning betrekken. Dat geeft (naast het feit dat pat A dit niet kan en het dus risicoverhogend werkt) nog een financieel probleem: cliënt A heeft een bijstandsuitkering van 853 euro. Daarvan moet hij zijn ziektekosten betalen van 100 euro per maand en een huur van 550 euro per maand. Ondanks toeslagen van maximaal 150 euro lukt hem dat niet. Ook besluit hij om de ambulante behandeling te stoppen. Deze behandeling is weliswaar mogelijk via de Zvw (hij is immers verzekerd), maar cliënt A wil zijn eigen risico niet betalen. Dat scheelt hem namelijk 350 euro op jaarbasis (in het gunstigste geval).

Casus Z: Agressieve cliënten in regulier kader

De heer A. is een man met een uitgebreide justitiële voorgeschiedenis. Diagnose: antisociale en narcistische persoonlijkheidsstoornis, cocaïneverslaving. Na een dodelijk incident in de drugscene, door hem veroorzaakt toen hij door cocaïnegebruik psychotisch was en zich bedreigd voelde, krijgt hij een artikel 37 opgelegd en gaat naar een FPK. Daar weigert hij aan iedere vorm van behandeling mee te werken, gaat zijn eigen gang en zit zijn tijd uit met incidenteel wat cocaïnegebruik als hij de kans krijgt. Hij vindt het prima, comfortabeler dan detentie waar hij ruimte ervaring mee heeft. Hij is zonder cocaïne niet psychotisch, dus medicamenteuze dwangbehandeling is niet aan de orde. Aan het eind van de artikel 37 periode vindt de FPK hem nog steeds gevaarlijk, hij zal buiten immers direct weer aan de cocaïne gaan en weer gevaarlijk worden. Een RM volgens Bopz wordt geregeld en de heer A gaat richting het APZ, naar de gesloten opnameafdeling, waar de paniek uitbreekt: wat moet je met een antisociale crimineel tussen de weerloze schizofreniecliënten?

De heer A. wordt dan maar geplaatst op het gesloten gedeelte van de verslavingsafdeling, waar zijn cocaïneverslaving in elk geval thuis hoort en waar men meer gewend is aan persoonlijkheidsstoornissen. Dat klinkt mooi, maar de heer A komt terecht op een piepklein afdelinkje, zes bedden, bestaande uit een huiskamer en zes kamertjes, met gezamenlijk sanitair, met nog niet eens een gesloten tuin of binnenplaats, geen bewaking en in de avonddienst maar één personeelslid, vaak nog niet eens een verpleegkundige. En een separeer, dat wel. Nog wel, want afbouw van separeer is momenteel de opdracht aan de GGZ.

Binnen twee dagen zijn de rapen gaar, de heer A. kan op geen enkele manier zijn energie kwijt, voelt zich opgesloten, wordt prikkelbaar, heeft geen kans andere verwarde cliënten te ontwijken en conflicten laaien op. Het resulteert in een woedende dreigende heer A. en 5 doodsbange andere cliënten. Er wordt extra personeel ingezet, maar het mag niet baten. Op de vierde dag van de opname slaat hij een medecliënt tegen de grond en toegesneld personeel bedreigt hij met een kapotgeslagen fles. Hij wordt gesepareerd. Vanuit de separeer blijft hij dreigen naar personeel en de patstelling is compleet. De heer A kan niet op de afdeling verblijven, te gevaarlijk, en de keus wordt dus eindeloze separatie of ontslag. Hij heeft geen ziektebeeld dat zal verbeteren met tijdelijke dwangbehandeling, zoals dat bij psychotische cliënten nog wel eens aan de orde is. De weg terug naar het strafrechtstelsel van waaruit hij kwam is afgesloten. Aangifte van de bedreiging wordt natuurlijk gedaan, dat is tegenwoordig regel binnen de GGZ. Maar het is in de acute situatie geen oplossing: strafzaken van cliënten met een Bopz-maatregel worden nog al eens geseponeerd en een justitiële procedure loopt al gauw een jaar. De geneesheer-directeur kiest uiteindelijk voor ontslag van de heer A. Hij is op de afdeling vele malen gevaarlijker dan hij buiten ooit geweest is. Buiten kan hij bij de meeste situaties die zijn agressie prikkelen uit de buurt blijven. Het besluit valt met een bezwaard gemoed, want het is wel duidelijk dat van alle wangedrag van de heer A in de toekomst het APZ de schuld zal krijgen. Als artikel 37 in de toekomst ook mogelijk zal worden voor niet-ontoerekeningsvatbare veroordeelden (grotendeels persoonlijkheidsstoornissen) gaat deze situatie zich ongetwijfeld vaker voordoen. Een APZ is echter geen behandelplek voor cliënten met persoonlijkheidsstoornissen!

Casus AA: Niet verzekerde cliënten

Er is een groep waarvoor geldt dat het niet verzekerd zijn één van de symptomen van de GGZ problematiek is. Wetend dat het weigeren van deze cliënten per direct zal leiden tot maatschappelijk onaanvaardbare situaties in termen van overlast en criminaliteit, maar ook tot onnodig lijden én hogere zorgkosten, hebben wij tot op heden, ondanks de financieringsproblemen, die hieruit voortkomen, de zorg en behandeling aan deze groepen onverzekerden voortgezet. Wij lijken daar echter op bedrijfsmatige gronden niet langer toe in staat. Dat betekent dat we genoodzaakt zijn om op korte termijn cliënten slechts in behandeling en zorg kunnen nemen

als er sprake is van een gegarandeerde betaling vanuit justitie, de zorgverzekeraars dan wel de lokale overheid. Dat betekent dat de OGGZ doelgroep, nu semi-permanent bij het zorgaanbieder X in zorg, voor een groot deel zal uitstromen uit zorg en bij herhaalde vraag niet meer toegelaten kan worden tot de voor hen noodzakelijke zorg. Daarnaast dat cliënten behandeld in een justitieel kader, bij beëindiging van dat kader niet automatisch meer op GGZ (vervolg) zorg kunnen rekenen. Er zal eerst zekerheid over de betaling vanuit de zorgverzekeraar moeten zijn. Nu is die zekerheid vaak niet voorhanden. Daarmee zou de komende jaren een groot aantal cliënten, die we met veel moeite in beeld hebben gekregen, weer zonder ondersteuning in de maatschappij komen te staan. De gevolgen daarvan kennen we allemaal maar al te goed. Toename van overlast in de wijk, meer GGZ-cliënten op het politiebureau, toename van de criminaliteit, toename van de druk op de acute klinische zorg en het aantal crisisplaatsingen.

Overige issues

1. Personen met een niet-strafrechtelijke titel onderbrengen in een klinische voorziening die wel bij een strafrechtelijke titel hoort. De actuele situatie is onbekend, maar in het verleden speelde dit bij leegstand binnen justitie waarbij aanbieders geneigd waren om die leegstand te beleggen met cliënten met een titel die onder de Zvw valt. i.c. iemand met een RM ligt op een bed in een tbs-voorziening, daarmee een overgeclassificeerd, onnodig duur bed;
2. Een tweetal jaar terug speelde de discussie omtrent de Europese wet- en regelgeving en deze zette het Nederlandse tbs-systeem onder druk. Staatssecretaris Teeven heeft destijds aangegeven dat er voor een aantal mensen oplossingen zijn getroffen door deze tbs'ers een RM te geven. Echter, daarmee werd het opeens Zvw, extra druk op het kader;
3. Oud, maar nog altijd actueel: vrijwel iedere strafrechtelijke titel met GGZ- behandeling eindigt in de Zvw omdat de titel eerder eindigt dan de behandeling en justitie betaalt zolang er een titel is en niet zolang er behandeling nodig is. Dit heeft tevens zijn weerslag op de wachtlijsten en met name de zij-instream en dat maakt de reguliere zorgplicht alleen maar lastiger. Als gevolg van continuïteitseisen ten aanzien van de behandeling zijn we als verzekeraars verplicht door te betalen terwijl justitie dan de start heeft bepaald, zelfs 100% ook al is betrokken behandelaar door ons niet meer gecontracteerd;
4. Huiselijk geweld, burgemeesters zijn actief met het opleggen van huisverboden, maar dan moet de huiselijk geweldpleger zich wel laten behandelen, dat valt onder de Zvw (met eigen risico). Wat we echter niet willen is dat deze geweldplegers terug naar huis gaan en daar wachten totdat het erger wordt en er een strafrechtelijke titel volgt waarbij justitie het bonnetje betaalt, daar is helemaal niemand bij gebaat;
5. Een van de belemmeringen waar we tegenaan lopen is het verschil in cultuur en dan met name het leefklimaat in veel PI's vergeleken met onze woonvoorzieningen. Die overgang is hoe dan ook enorm. Maar door het feit dat in de meeste FPK's/ PPC's/PI's de bejegening gericht is op beheersing en alles wordt bepaald (en kan worden bepaald) voor betrokkene maakt het feit dat iemand doorstroomt naar een voorziening waar alles mag, men uitgaat van eigen verantwoordelijkheid en motivatie soms onoverbrugbaar;
6. Het lijkt alsof sommige PI's steeds kariger zijn met het toekennen van verlof uit angst voor het feit dat het mis kan gaan. Zeker bij de gedetineerden die weinig gemotiveerd zijn. Gevolg is dat er bij aflopen titel/doorstroom naar een woonvoorziening niet/nauwelijks geoefend is met vrijheden. De eerste keer dat iemand buiten de PI komt is met een stok in de broek voor een kennismakingsgesprek met ons, de volgende keer wordt hij door een gevangenisbusje afgezet voor onze deur met een vuilniszak aan spullen: "Succes met de nieuw gevonden vrijheid". Juist voor de lastiger gedetineerden is het belangrijk te oefenen met vrijheden;
7. Niet alle PI's zijn even toegankelijk en andersom hebben wij als RIBW's nog een slag te slaan in het verstevigen van de banden met verwijzers (aansluitend op het vorige punt): de ervaring leert namelijk dat wanneer 'begeleiding' vanuit de RIBW al start in detentie, de kans op succes vergroot wordt. Dat wordt niet altijd vanuit de RIBW's goed georganiseerd, andersom lopen wij er vaak tegenaan dat sommige PI's ondoordringbare forten lijken: de communicatie is slecht, er wordt weinig tot geen informatie gedeeld, je komt er moeilijk binnen en met enige regelmaat worden woonbegeleiders zelfs na het maken van een afspraak toch weer weggestuurd, omdat ze niet de juiste pas hebben of niet van de juiste instelling komen;
8. Nazorg vanuit de verwijzer is zeer belangrijk. Idealerweise blijft de verwijzer betrokken tot ver na de overstap van het traject: in eerste instantie intensiever (mogelijk dat een deel van de behandeling nog daar wordt gevolgd?), maar ook daarna benaderbaar voor cliënt en voor de medewerkers voor consultatie, mogelijkheden voor tijdelijke opname wanneer het slecht gaat et cetera. Onze ervaring is dat trajecten waar voor- en nazorg goed geregeld is, vele malen beter verlopen. Maar wanneer wij erop kunnen vertrouwen dat de nazorg vanuit de verwijzer goed is, zullen wij ook lastiger cliënten kunnen/willen opnemen;

9. Voor cliënten met korte straffen is er vaak niet direct na detentie opvang geregeld, ook al zitten ze in een traject om een plek in de opvang te krijgen. De wachtlijsten zijn echter lang, datum ontslag uit detentie is lang niet altijd van tevoren bekend, plekken in de woonvoorzieningen niet direct beschikbaar. Op het moment dat de plek er wel is, heeft cliënt veelal weer nieuwe delicten gepleegd;
10. Niet altijd kan continuïteit van de zorg na afloop titel gegarandeerd worden omdat iemand bijvoorbeeld geen regiobinding heeft of een lage ZZP;
11. Wanneer de justitiële maatregel stopt, stopt ook de bemoeienis van de reclassering. Er zijn casussen waarbij een cliënt redelijk snel na aflopen maatregel weer een delict pleegt/in detentie komt en dat het dan heel ingewikkeld is om uit te vinden waar iemand zit om contact te houden en vanuit de RIBW te zorgen dat het lijntje blijft en de zorg zoveel mogelijk gecontinueerd wordt: er start dan namelijk een heel nieuw traject en de RIBW moet opnieuw uitvinden wie verantwoordelijk is en die banden aanhalen;
12. Verder is het moeilijk om cliënten toe te leiden met een methadonvraag. Zij staan vaak onaangekondigd op de stoep, er is dan geen IFZO, geen inschrijving, et cetera. De vrijlating is dan dus onvoldoende gecommuniceerd.

Kernwoorden

Tijdigheid
 Communicatie
 Korte lijnen met ketenpartners
 Contact zoeken en onderhouden met reclassering
 Verantwoordelijkheid en coördinatie.

Verzamelde best practices

A. Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor passende nazorg

Gebruikmaken van een driepartijen-overeenkomst bij aanvang van de klinische opname waarin de gedeelde verantwoordelijkheid van de reclassering en de forensische kliniek in het vinden van een passend traject na beëindiging van de maatregel wordt vastgelegd.

B. Uitstroomcoördinator

De Woenselse Poort heeft in 2014 een uitstroomcoördinator aangesteld. Wanneer een behandelaar problemen ondervindt tijdens het proces van uitplaatsing, dan kan men een beroep doen op de uitstroom-coördinator. Daarnaast legt de uitstroomcoördinator contact met de belangrijkste ketenpartners en is hij bezig met het bemiddelen tussen uitstroomdoelen van De Woenselse Poort en de Nederlandse instellingen die uiteindelijk de zorg van de betrokkenen dienen over te nemen. De eerste resultaten hiervan beginnen zichtbaar te worden en enkele cliënten staan op de nominatie om te kunnen worden overgeplaatst naar een vervolginstelling.

C. Voorrang voor zorg na een forensische titel of Top600

C1: Cliënten die op forensische titel in een MO of BW verblijven worden met voorrang behandeld. In MO of BW waarvoor de titel afloopt vindt administratief een omzetting plaats. De cliënt komt automatisch bovenaan de wachtlijst van de voorziening waar de cliënt al verblijft.

C2: Voor de Top600 (1000) biedt HVO-Querido de mogelijkheid voor snelle crisisplaatsing: als vandaag een plek nodig is, wordt vandaag een plek geregeld (nadeel is dat de vraag naar deze crisisplaatsen groter is dan het aanbod).

D. Vrijblijvende en laagdrempelige zorg

Exodus: In de regio Leiden-Haaglanden financiert de gemeente verschillende projecten in samenwerking met het Veiligheidshuis. Zo is er een outreachment ambulante team dat op pad gaat om mensen die in detentie zitten of net uit detentie komen te bezoeken. Er vindt een intakegesprek plaats waarin eventuele hulpvragen worden geïnventariseerd. Het is vrijblijvend en laagdrempelig.

E. Vroegtijdige en intensieve samenwerking tussen woonvoorziening en PI of FPK

HVO-Querido: Door samenwerking met de FPK sluit de bejegening veel beter aan bij die van de woonvoorzieningen dan in sommige andere klinieken/PI's. In betreffende samenwerkingspartner (kliniek) wordt snel geoefend met vrijheden/verlof, de woonvoorziening wordt vroeg betrokken in het traject, de nazorg vanuit de FPK is goed geregeld (ook als daar geen financiering meer voor is). Hierdoor is er bij de woonvoorzieningen veel vertrouwen dat zij er zijn als het nodig is waardoor men grotere risico's durft te nemen bij de opname van de ingewikkelder cliënten. Daarnaast is er ook deskundigheidsuitwisseling en daardoor grote bekendheid met elkaars organisaties.

F. In vroeg stadium overleggen met reclassering

Vanuit PI en PPC in een heel vroeg stadium al overleg met de reclassering om gezamenlijk tot een advies te komen/het advies snel te weten. Door middel van de titel 15.5 kan geanticipeerd worden op het advies van de reclassering: opname onder bijzondere voorwaarde. Op die wijze kan toch ook tijdens een HvB-verblijf gewerkt worden naar een klinische opname waarmee vaak meer tijd over is om de cliënt te behandelen en ook om een traject op de langere termijn uit te zetten.

G. Voorkoming dubbelingen in diagnostiek door vroegtijdige afstemming

GGZ-organisatie I. seint de PI in zodra verdiepingsdiagnostiek verricht gaat worden zodat afgestemd kan worden. Intern wordt de gedetineerde op de hoogte gesteld en voorbereid (waarmee de kans op deelname ook vergroot wordt) en wordt een en ander binnen het PMO gecommuniceerd. In enkele gevallen wordt de

GGZ gefaciliteerd bij binnenkomen omdat ook daarmee de kans op deelname vergroot kan worden. Bovenstaande geldt met name in geval van verdiepingsdiagnostiek voor een rapportage aan de rechtbank. In geval van verdiepingsdiagnostiek voor een verder traject (vaak bij een TOP600-gedetineerde) wordt de diagnostiek vaak door de PI verricht (NIFP heeft extra psychiaters voor verdiepingsdiagnostiek aan TOP 600 en er zijn stagiaires psychologie voor diagnostiek). Ook dat gebeurt vaak weer in afstemming met het externe kader.

H. Regionaal nazorgoverleg PI en Amsterdam

In de PI Over-Amstel is al ruim 5 jaar een "regionaal nazorg overleg" gaande. Deelnemers aan dit overleg zijn grotendeels werkvloermedewerkers/mensen die nog veel contact met de werkvloer hebben. Doel is elkaar goed op de hoogte te houden van de verschillende ontwikkelingen, knelpunten over de continuïteit van zorg binnen de forensische zorg in de regio te signaleren en deze zelf op te pakken of "omhoog te escaleren".

Deelnemers komen van de PI, Ketenbureau (Haarlem), FPA (Altrecht en Heiloo), LVG (Cordaan en Wier), GGZ (Altrecht, GGZ inGeest, Palier, Arkin, De Waag), woonvoorzieningen (HvO Querido), reclassering (Inforsa) en het Leger der Heils. Dankzij dit overleg weten de partijen elkaar ook vaak snel te vinden bij problemen over een specifieke cliënt, maar ook over continuïteit van zorg in het algemeen.

Boost voor de samenwerking door TOP600:

Dit heeft in Amsterdam een enorme "boost" gegeven aan de samenwerking tussen ketenpartners onderling (inclusief DJI) en de gemeente. Door de inzet van verschillende instellingen en onderlinge goede afstemming en afspraken is de continuïteit van zorg verbeterd. Dit geldt nu nog voor de groep die als TOP-600 gemarkeerd is, maar de aanpak zou voor een veel grotere groep moeten gelden (hetgeen bij alle betrokkenen bekend is). Het hebben van een duidelijk aanspreekpunt (regisseur) is erg belangrijk gebleken in het 'woud' van hulpverleners. TOP600 gedetineerden kunnen/worden bij ontslag opgehaald door medewerkers van het Leger des Heils. Dit maakt de kans van aankomen op een vervolgplek vele malen groter. Gepoogd wordt vervoer (vanuit PI of vanuit externe hulpverlening) ook voor overige zorg-gedetineerden in te zetten.

Overige suggesties:

- SPV en/of Coördinator nazorg in de PI; zowel in HvB als PPC.
- Structureel inzetten van ketenpartners in de PI;

Bijvoorbeeld: Detachering van een SPV van Palier, inzet van een Poolse maatschappelijk werker van een externe organisatie, inzet van een medewerker van De Bascule die ondersteunend is aan de teams die met Top600-gedetineerden werken.

I. Overheveling middelen Forensische zorg en Zorgverzekeringswetzorg

De NZa heeft begin 2014 een beleidsregel gepubliceerd waarin ze beschrijft dat middelen tussen beide stelsels kunnen worden overgeheveld. Instellingen moeten een inschatting maken voor het jaar 2015 en een door 3 partijen ondertekend formulier voor 15 juli 2014 indienen bij de NZa. Dan kan alles nog worden verwerkt in de begrotingen van beide departementen voor het jaar daarop.

http://www.nza.nl/1048076/1048090/AL_BR_0019_Overheveling_FZ_Zvw.pdf

Gebleken is dat de verschillende financierings- en bekostigingsregimes in strafrechtelijk en civiel kader voor een aantal knelpunten zorgen. Het komt voor dat er door de zorgaanbieder voldoende capaciteit is ingekocht, maar dat er een tekort in capaciteit ontstaat in een van de twee segmenten, terwijl in het andere segment juist capaciteit over is. Zorgaanbieders die zowel FZ als Zvw-gefinancierde GGZ leveren, kunnen (mits de bedragen optellen tot nul) melding maken van overheveling van middelen van de FZ-productieafpraak naar de Zvw-productieafpraak of vice versa. Voorwaarde hiervoor is dat zowel de zorgverzekeraar als de FZ-zorginkoper (DForZo) het daarmee eens zijn, omdat deze overheveling leidt tot aanpassing van de kaders van VWS en V&J. Het beleid met betrekking tot deze meldingen staat beschreven in de beleidsregel.

Na ontvangst van de melding door de NZa, verstrekt de NZa een opgave van de per saldo overgeheveld bedragen van FZ naar Zvw of omgekeerd aan de betrokken ministeries. Uit de praktijk blijkt dat deze beleidsregel niet of nauwelijks wordt toegepast.

(Mogelijke) redenen waarom er weinig tot geen gebruikgemaakt wordt van deze beleidsregel:

- Je krijgt een heel gedifferentieerd over en onder productieoverzicht binnen de Zvw. Daarover moet je nog een overzicht krijgen. Daarna pas tussen de stelsels kun je gaan kijken naar over- en onderproductie.
- Schadelast jaar: na een halfjaar pas zicht op wat echt overproductie is.
- Continuïteit van zorg gaat over het individuele zorgtraject. Bij overgang naar een andere financier is er opeens minder geld beschikbaar voor diezelfde cliënt. Indicatiestelling en tarifiering worden niet door elkaar overgenomen.

Overige oplossingsrichtingen:

- Mogelijkheden voor partijen in de reguliere GGZ die in een vroeg stadium intakegesprekken verrichten bij klinische forensische cliënten om hun tijd en inzet vergoed te krijgen;
- Hybride begeleid en beschermd wonen locaties die zowel forensische als niet-forensische cliënten huisvesten. Daaraan gekoppeld FACT-teams die zich actief inzetten om de mogelijkheden voor verdere ambulantisering te verkennen;
- Hybride behandelteams die door middel van FZ- en GGZ-financieringsstromen bekostigd worden bieden integrale zorg. Financiën worden achter de schermen afgehandeld. Voor de cliënt is er sprake van continuïteit van zorg (één loket);
- Uitbreiden van capaciteit van klinieken die zichtbaar aantonen effectieve ketenzorg te kunnen bieden;
- Financiële prikkel voor de reguliere GGZ om cliënten met een forensische achtergrond in behandeling te nemen;
- Uitwisseling in de vorm van structurele consultaties tussen GGZ en FZ. GGZ kan consultatie bieden rondom thema's van herstelondersteunende zorg. FZ kan consultatie bieden rondom thema's als risicotaxatie en hoe om te gaan met pre-delictgedrag;
- Een graduele opbouw van de eigen bijdrage voor de ex-forensische cliënt die in de reguliere GGZ belandt: de eigen bijdrage heeft vaak een afschrikwekkende werking bij cliënten met soms toch al een wat wankele motivatie;
- Uitbreiding van de mogelijkheid die reclasseringsorganisaties hebben om bepaalde cases langer te volgen na het beëindigen van de maatregel. Voor veel cliënten is de reclasseringswerker ook een bron van relationele veiligheid die prima mee kan bouwen aan de brug tussen FZ en GGZ;
- De mogelijkheid voor de reguliere GGZ om in complexe casus een minimale beveiligingscomponent te factureren die het mogelijk maakt om daar waar nodig tijdelijk extra mankracht in te zetten, ter voorkoming van erger;

- Afspraken op landelijk niveau die zorgverzekeraars verplichten om ook in financiële zin hun verantwoordelijkheid te nemen ten aanzien van ex-forensische cliënten. Marktwerking zonder enige vorm van regulering leidt tot uitstoting van deze doelgroep;
 - De staatssecretaris van V&J zal zeggen dat veel met artikel 2.3 opgelost zal zijn. Daarvoor heb je wel nodig kennis van elkaars werelden. Anders gaat het niet soepel lopen. Dat is er nu nog zeker niet. GGZ, OM, RM moeten elkaar nog leren kennen;
 - Beschikbaarheid van plekken: daar geeft de nieuwe wetgeving geen antwoord op;
 - Artikel 2.3 als daar veel toestroom door komt, krijg je verdringing van de vrijwillige mensen van want Wet Bopz/Wvggz maatregel komt met zorgplicht. Zelfde geldt voor andere Wvggz maatregelen;
 - Interne rechtsposities zijn een probleem. Bopz positie is vrij losjes. Voor een specifieke lastige FZ groep heb je meer nodig. Huisregels moeten onder andere aangepast kunnen worden voor specifieke afdelingen of groepen. Aanpassing op de reguliere GGZ-huisregels, voor cliënten die via strafrechter zijn binnengekomen. Dat wordt nu juridisch uitgewerkt;
 - Treeknormen gelden in de GGZ. Suggesties: laat de Treeknorm al gaan gelden op moment dat een cliënt met titel binnenkomt. Dan is er geen wachttijd na de titel. Er kan namelijk geen wachtlijst zijn voor cliënten die na afloop van de titel nog zorg nodig hebben. Wanneer je de treeknormen zo aanhoudt, geeft het ook niet het beeld dat deze cliënt voor gaat op andere wachtende cliënten, hij ligt er al. Dus je moet niet zeggen dat hij "voor gaat". Hij gaat bij de voordeur al 'voor'. Maar daar hebben de zorgverzekeraars geen invloed op;
 - Wat zeggen wachtlijsten in de reguliere zorg als je kijkt naar de instroom vanuit de FZ;
 - Dat je een titel hebt en dus verplicht bent om behandeld te worden, is wel wat anders dan wanneer je na afloop van je titel nog in behandeling zit. Wat is het onderscheid tussen forensische cliënt die zonder titel zit en onhandelbaar is en een reguliere cliënt die onhandelbaar is en vrijwillig zit? Er is namelijk geen onderscheid tussen deze groepen cliënten;
 - Opschorten zorgverzekering: op het moment dat een cliënt wordt opgenomen in detentie of tbs wordt de zorgverzekering opgeschort. Dit is procedureel wel geregeld, maar het loopt niet. Wellicht dus eens nadenken wat een manier is om te zorgen dat dit wel gaat lopen (en iedereen gaat doen wat hij moet doen op het juiste moment).
- DJI (<http://www.forensischezorg.nl/hoe-werkt-het/forensische-zorg-in-de-praktijk/zorginkoop-en-financiering/veelgestelde-vragen#ziektekostenverzekering>).

