

Werkplan continuïteit van zorg

een persoonsgerichte aanpak
die passende en tijdige zorg in aansluiting op de strafrechtelijke zorgperiode faciliteert



Programmaperiode: 1 januari 2016 tot 1 juli 2017

Versie van 20 april 2016 zoals gestuurd aan het Ministerie van Veiligheid & Justitie

Sybren Bangma, voorzitter

Marloes van Es en Sophie Koek, programmaleiders

1. Inleiding

Dit werkplan is een vervolg op het advies "Geen titel, wel zorg - Een advies over de continuïteit van zorg na de strafrechtelijke keten". Het advies is in de periode februari 2015 tot en met juli 2015 opgesteld door de werkgroep en vastgesteld door de stuurgroep van dat project.

Het **resultaat van het programma continuïteit van zorg** is het realiseren van een persoonsgericht traject voor cliënten¹ na afloop van een periode in de forensische zorg en/of in detentie. Dit houdt in dat cliënten, indien nodig, de meest passende en tijdige zorg² krijgen (direct) na afloop van de strafrechtelijke zorgperiode. Cliënten waarbij mogelijk knelpunten ontstaan op dit punt worden in een regionaal overleg besproken, vervolgzorg wordt ingezet, waarbij het streven is dat eind 2017 de overgang na de strafrechtelijke titel periode voor 90% vlekkeloos verloopt en passende zorg wordt gerealiseerd.

Het programma moet primair voor de individuele cliënt merkbaar effect hebben en op regionaal niveau worden bereikt. Hiertoe is het van belang dat professionals op regionaal niveau elkaar, in een casus- en beleidsoverleg over uitstromende cliënten uit de forensische zorg en detentie, snel en goed weten te vinden, ongeacht de schotten binnen en tussen de (financiering-) stelsels.

Het regionaal overleg wordt deels op casusniveau (bespreken en oplossen van complexe casuïstiek) en deels op beleidsniveau (zoeken van oplossingen voor knelpunten, financiering en werkwijzen e.d.) gevoerd. Een dergelijk overleg wordt (bij voorkeur) aangehaakt bij reeds bestaande overlegvormen in de regio, zoals het veiligheidshuis. Het programma faciliteert dat deze overlegvormen in de regio's van de grond komen, onder meer door het opstellen van een handreiking voor passende en tijdige zorg voor individuele cliënten (handreiking op casusniveau) en een handreiking voor de werkwijze (handreiking op beleidsniveau) van een succesvol regionaal overleg.

Voor welke cliëntengroep is het programma primair actief?

Het programma richt zich op continuïteit van zorg voor cliënten (18+) met ggz- en/of lvb-problematiek, die te maken hebben (gehad) met (forensische) zorg op basis van een strafrechtelijke titel. In de terminologie van het programma 'verwarde personen' richt het programma continuïteit van zorg zich in eerste instantie op cliëntengroep IV: mensen met een strafrechtelijke titel die (forensische) zorg nodig hebben. In tweede instantie richt het programma continuïteit van zorg zich op cliëntengroep III: mensen die eerder in aanraking zijn geweest met strafrecht of specialistische (gedwongen) zorg.

De programmaonderdelen zijn afzonderlijk beschreven, maar dragen allen bij aan het einddoel: passende en tijdige zorg voor cliënten in aansluiting op de strafrechtelijke periode. Daarom is, ook al in het advies, bewust gekozen voor een programmatische aanpak.

¹ Overall waar in dit werkplan cliënten staat kan ook patiënten gelezen worden.

² Onder zorg wordt in dit werkplan verstaan: behandeling, begeleiding en indien nodig (begeleid) wonen.

2. Uitvoering / aanpak van het programma

Programmaorganisatie

De vijf opdrachtgevers van het programma zijn het ministerie van Veiligheid en Justitie, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorgverzekeraars Nederland, GGZ Nederland en de Vereniging Nederlandse Gemeenten. Het programma loopt van 1 januari 2016 tot 1 juli 2017. Het programma wordt voorgezeten door een onafhankelijk voorzitter. Het programmateam bestaat uit 2 programmaleiders van in totaal 1 FTE.

Twee spotlightregio's

Om in het land de resultaten van het programma eerst in concept uit te werken en aan de praktijk te toetsen is ervoor gekozen om dit 'getrapt' uit te voeren. Het programmateam werkt daarin met twee spotlightregio's. Indien gewenst en mogelijk kunnen de tussenresultaten ook in andere regio's worden uitgetoetst. Daarmee wordt ook aan andere regio's de mogelijkheid geboden feedback op de (dan nog concept) resultaten te leveren.

Twee regio's hebben herhaaldelijk aangegeven graag in aanmerking te komen voor het spotlightregio zijn. De opdrachtgevers maken momenteel afspraken met deze spotlightregio's over de (wederzijdse) verwachtingen. Het gaat om de stedelijke regio Rotterdam Rijnmond / Zuid-Holland Zuid waarin het samenwerkingsverband continuïteit forensische en intensieve zorg draait. En over de (meer rurale) samenwerkingen rond het Veiligheidshuis Twente (Enschede/Almelo) en het Veiligheidshuis IJsselland (Zwolle, Deventer).

Werkgroep en stuurgroep

Het programma heeft een landelijke stuurgroep, waarin het bestuurlijk draagvlak wordt gecreëerd en een werkgroep, waarin de concept resultaten ter toetsing worden voorgelegd. Zowel in de spotlightregio's als in de landelijke werk- en stuurgroep is inbreng vanuit cliënt- en familieperspectief. De spotlightregio's draaien mee in de landelijke programmawerkgroep en de landelijke programmastuurgroep.

De stuurgroep heeft als doel om landelijk commitment te behouden en op bestuurlijk niveau te bespreken op welke wijze de resultaten uit het hoofd- en deelprogramma geïmplementeerd kunnen worden in de regio en geagendeerd in landelijke gremia ten behoeve van beleid- en regelgeving. De stuurgroep komt eens in het half jaar bijeen.

De werkgroep heeft als doelstelling om vanuit de praktijk mee te denken en best practices aan te dragen voor de drie onderdelen uit het hoofdprogramma (hoofdstuk 3) en input te leveren voor de onderwerpen uit het deelprogramma (hoofdstuk 4).

Communicatie

De vraagstukken en oplossingsrichtingen omtrent continuïteit van zorg spelen op verschillende regionale schalen. Er zijn 10 politie-eenheden, 25 veiligheidsregio's, 27 GGD-regio's, 34 veiligheidshuizen, 32 zorgkantoorregio's, 43 centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang en beschermd wonen (zie ook www.regioatlas.nl). Ook hebben (forensische) zorgaanbieders vaak historisch gegroeide samenwerkingsafspraken met elkaar die leiden tot een bepaalde regionale verdeling.

Om de regio's en professionals te bereiken is een website www.continuiteitvanzorg.nl gelanceerd, worden (concept) stukken actief verspreid en gedeeld, wordt publiciteit gegenereerd en afsluitend een conferentie voor genodigden georganiseerd.

Omdat het programma continuïteit van zorg zowel betrekking heeft op strafrechtelijke componenten, als op de reguliere zorg, is besloten om de communicatie over het programma ook te richten op de schaal van de samenwerkingsverbanden van de 34 veiligheidshuizen.

Voortgang en evaluatie van het programma

Het programma wordt door de programmaleiders gemonitord op drie niveaus:

- a. Dragen de activiteiten voldoende bij aan het te bereiken eindresultaat?
- b. Is er voldoende voortgang?
- c. Is er voldoende samenhang tussen de verschillende activiteiten?

Dit wordt per kwartaal getoetst in de spotlightregio's door middel van een korte kwalitatieve inventarisatie door de programmaleiders. De uitkomsten worden met de spotlightregio's en de werkgroep besproken. Naar aanleiding hiervan kan worden vastgesteld of er aanpassingen nodig zijn in het programma.

Daarnaast wordt halfjaarlijks steekproefsgewijs input uit de overige regio's gevraagd. Naast bovenstaande drie onderwerpen wordt ook gevraagd naar de ervaring van de regio's met het programma. Bijvoorbeeld of de regio's ervaren dat ze voldoende informatie krijgen, voldoende aangehaakt zijn bij het programma en of de activiteiten van het programma voldoende aansluiten bij de behoefte van de regio's.

Aan het eind van het programma (tweede kwartaal 2017) vindt binnen het programmateam en de werkgroep een evaluatie plaats van de resultaten van het programma. In deze evaluatie wordt primair getoetst of de resultaten bereikt zijn. Er zijn verschillende manieren waarop een evaluatie kan plaats vinden. Idealiter worden zoveel mogelijk kwantitatieve en objectieve gegevens boven water gehaald over de mate waarin de resultaten bereikt zijn. Tegelijkertijd is de vraag of dit haalbaar is en of de kosten en inspanningen van een dergelijke evaluatie ook in verhouding staan tot de inhoud en omvang van het programma. Het is ook mogelijk een kwalitatieve insteek te kiezen, bijvoorbeeld door in een aantal focusgroep bijeenkomsten of gesprekken de regio's en de werkgroep te bevragen. De definitieve keuze voor de wijze van evalueren wordt vastgesteld in overleg met de opdrachtgevers.

Raakvlak met landelijk programma 'Verwarde Personen'

Binnen het programma verwarde personen stimuleert het aanjaagteam de regio's om een sluitende aanpak te implementeren en ondersteunt het kernteam hen op uitvoerend niveau. Voor beide programma's is het van belang om kennis te delen en te verbinden / versterken / zwaluwstaarten waar mogelijk en nodig. Ook op voorzittersniveau. Het programma continuïteit van zorg:

- maakt gebruik van de onderzoeken die het programma verwarde personen al heeft laten uitvoeren;
- werkt de door het programma verwarde personen gedefinieerde doelgroepen IV en III verder uit en geldt voor dat deel als verdiepende aanvulling op het werk dat het programma verwarde personen heeft laten uitvoeren;
- sluit aan bij de communicatie en voorlichting van het programma verwarde personen, waardoor we over en weer goed geïnformeerd zijn en voordeel hebben aan elkaars (publieke) uitingen.

3. Hoofdprogramma

Het programma continuïteit van zorg bestaat uit een hoofdprogramma en een deelprogramma.

Resultaten voortkomend uit het hoofdprogramma:

- Handreiking voor regionaal overleg;
- Patiëntenstromen in beeld / monitor: cijfers genereren over de doelgroep;
- Wet- en regelgeving / bekostigingsmogelijkheden / NZa beleidsregel;

3.1 Handreiking voor regionaal overleg

Het programma levert twee handreikingen op voor de overleggen in het werkgebied van het veiligheidshuis:

1. Handreiking op casusniveau;
2. Handreiking op beleidsmatig niveau.

Om de casuïstiekbesprekingen (en later ook de beleidsmatige besprekingen) in de regio's te faciliteren worden handreikingen ontwikkeld op basis van de kennis en ervaringen uit de (spotlight) regio's. De toepassing daarvan wordt in de 34 gebieden van de veiligheidshuizen gestimuleerd en gemonitord. Het programmateam draagt er zorg voor dat de handreikingen bekend worden en indien mogelijk ook gebruikt gaan worden in deze gebieden. Dit kan door de contactpersonen van de 34 gebieden van de veiligheidshuizen te benaderen en de handreiking daar (en in de landelijke klankbordgroep en stuurgroep van de veiligheidshuizen) toe te lichten. De handreiking wordt, ook in conceptvorm, gedeeld met (beleidsmedewerkers beschermd wonen van) gemeenten, zodat niet alleen via veiligheidsbeleid, maar ook via wonen en zorg binnen de gemeenten deze werkwijzen bekend worden.

Vanuit de 'grote' werkgroep continuïteit van zorg is een subwerkgroep geformeerd voor de handreikingen.

3.2 Patiëntenstromen in beeld / monitor: cijfers genereren over de doelgroep

Voor een adequate afstemming over de continuïteit is aangegeven dat meer zicht nodig is op de aard en omvang (in- door en uitstroom) van de doelgroep, zo mogelijk ook op regionaal niveau (niet alleen landelijk). Er heeft over 2014 een landelijke meting plaatsgevonden, die over het jaar 2015 en 2016 herhaald wordt. De opdrachtgevers willen in deze meting ook een kwantitatief beeld van de cliëntendoelgroep die als onverzekerde uit detentie komt meenemen.

1. Landelijke meting: Om de continuïteit van zorg over het jaar 2015 en 2016 te monitoren kan een vergelijkbare meting worden gedaan als in 2014. In die monitor is bij zorgaanbieders uitgevraagd in hoeverre cliënten vooraf en na afloop van de forensische zorgtitel zorg vanuit een ander wettelijk kader ontvingen. De uitvraag bij zorgaanbieders vindt idealiter plaats in april/mei, omdat zij dan tegelijkertijd bezig zijn met genereren van jaarcijfers / het aanleveren van de prestatie-indicatoren, waarvoor soortgelijke informatie nodig is. Op dit onderdeel van de meting wordt tevens gekeken naar de meetgegevens van de prestatie indicator 2 (uit de set forensische prestatie indicatoren).

2. Regionaal overleg: samen met de spotlight-regio's toetsen hoe de meting (ook) kan bijdragen op regionaal beleidsniveau / en in het bestuurlijk overleg.
3. Samenhang van de meting met onderzoek dat de NZa doet voor de marktscan en de aansluiting tussen de financieringsstelsels, zodat op voorhand duidelijk is welke partij in 2016 wat onderzoekt (kennis hebben van- en overeenstemming hebben over doel van de meting). De mogelijkheden voor het gebruik van data bij Vektis worden ook verkend.
4. De meting van eventuele verdringing van klinische behandeling voor reguliere ggz cliënten door de forensische zorg, wordt meegenomen in het onderzoek naar zorgintensiteit versus beveiligingsniveau (zie hoofdstuk 4.2).

Vanuit de 'grote' werkgroep continuïteit van zorg is een subwerkgroep geformeerd voor de monitor. Deze subwerkgroep buigt zich over de vraag welke gegevens nodig zijn voor welk doel. Wat daarvoor continue verzameld zou moeten worden en wat incidenteel.

3.3 Wet- en regelgeving / bekostigingsmogelijkheden / NZa beleidsregel

Uit de marktscan 2015 (die in maart 2016 door de NZa is uitgebracht) blijkt dat de beleidsregel om één maal per jaar melding te doen van verschuiving in het productiebudget tussen het ene (FZ) en het andere (Zvw/Wlz) stelsel, in 2014 en 2015 niet is toegepast. Dit roept de vraag op voor welk probleem deze beleidsregel een antwoord was, of dat er wellicht andere casuïstiek en oplossingsrichtingen aan de orde zijn. De beleidsregel lijkt relatief onbekend, is lastig uit te voeren en heeft voor zorgaanbieders een aantal onwenselijke neveneffecten.

De behoefte aan zorg van cliënten moet leidend zijn voor de geldstroom. De subwerkgroep buigt zich over de vraag welke verbeteringen / oplossingsmogelijkheden er, vanuit de individuele casuïstiek, binnen en tussen de stelsels mogelijk zijn. Zeker daar waar het gaat over de bekostiging van zorg bij op- en afschalen van zorg en het voorkomen van de onwenselijke neveneffecten, bijvoorbeeld het maken van een afspraak dat partijen bij herverdeling van onder-/overproductie niet meteen te maken krijgen met structurele financiële aanpassingen.

Vanuit de 'grote' werkgroep continuïteit van zorg is een subwerkgroep geformeerd voor de advisering aan de NZa inzake de wet- en regelgeving.

4 Deelprogramma

Het programma continuïteit van zorg bestaat uit een hoofdprogramma en een deelprogramma. In het deelprogramma zijn de onderzoeken opgenomen (financieel) naast het hoofdprogramma lopen. Onder het deelprogramma vallen:

- Harmonisatie van indicatiestelling / (tijdelijke) overname indicatiestelling
- Onderzoek zorgintensiteit versus beveiligingsniveau.

4.1 Harmonisatie van indicatiestelling / (tijdelijke) overname indicatiestelling

In het advies *continuïteit van zorg* van juli 2015 is geadviseerd om afspraken met veldpartijen te maken over de tijdelijke overname (max. 90 dagen) van een indicatiestelling tot zorg, zodat een warme overdracht wordt gerealiseerd tussen stelsels.

Tegelijkertijd is in het kader van de Meerjarenaafspraken Forensische Zorg 2013 – 2017 een traject *Stroomlijning indicatiestelling* gestart. Het adviesrapport (rake vlakken) is opgeleverd aan de convenantpartijen (Ministerie van Veiligheid en Justitie, VGN en GGZ Nederland) en door hen op 6 april 2016 besproken. De convenantpartijen hebben afgesproken dat zij het gedachtegoed en het instrumentarium van de regionale samenwerking in de indicatiestelling adopteren en zullen laten testen in de spotlightregio's van continuïteit van zorg, als onderdeel van het regionale overleg.

Om te voorkomen dat cliënten tussen wal en schip vallen wordt, ongeacht het financieringsstelsel, uitgegaan van de behoeften van de patiënt. Deze indicatie-werkwijze (bijlage 4 van het rapport 'rake vlakken') bevat verschillende, gezamenlijke elementen uit de diverse stelsels (beveiliging, begeleiding, behandeling etc.). In de spotlightregio's moet worden geoefend met het toepassen en begrijpen van elkaars indicaties. Als de spotlightregio dit in de vorm van het tijdelijk overnemen van elkaars indicaties en een gezamenlijke indicatiecommissie wil gieten, dan is het de bedoeling dat deze indicatiecommissie zichzelf, zodra het doel is bereikt, weer opheft. De indicatiestellers kunnen binnen hun 'eigen domein' ook de gezamenlijke elementen gaan toepassen. Het doel is versimpeling en harmonisering van de indicatiestelling, niet extra regels of financieringskaders. Geen nieuwe structuren.

4.2 Onderzoek zorgintensiteit versus beveiligingsniveau

Er zijn in de maatschappij agressieve, ontwrichtende en gevaarlijke cliënten, die geen strafrechtelijke titel (meer) hebben, geen behandeling, begeleiding of (begeleid) wonen willen, maar dit volgens behandelaren wel nodig hebben. Het gaat soms om een tijdelijke situatie, soms om een langdurende of chronische situatie. Dit is een bijzonder actueel thema. Tegelijk zijn er cliënten die wel bereid zijn om zorg te ontvangen, maar die door de zorginstelling als zo ontwrichtend en gevaarlijk worden beschouwd, dat men meent geen adequate zorg te kunnen verlenen. Of waarbij men vreest dat de aanwezigheid van deze cliënten een te groot negatief effect heeft op andere cliënten en zij (ook) een risico vormen / gevaarlijk zijn voor zichzelf of medewerkers van de zorgaanbieder.

Onderzoek moet antwoord geven op de vraag wat de belangrijkste beletselen zijn om adequate behandeling, begeleiding of (begeleid) wonen voor deze mensen te bieden, en hoe die beletselen effectief kunnen worden aangepakt. Een uitgebreidere beschrijving is opgenomen in bijlage D.

5 Overige onderzoeken en het programma continuïteit van zorg

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP)

Er zijn contacten gelegd tussen het programmateam continuïteit van zorg met het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) om de onderzoeksonderwerpen waar mogelijk aan elkaar te linken.

Onderzoek 'mind the gap'

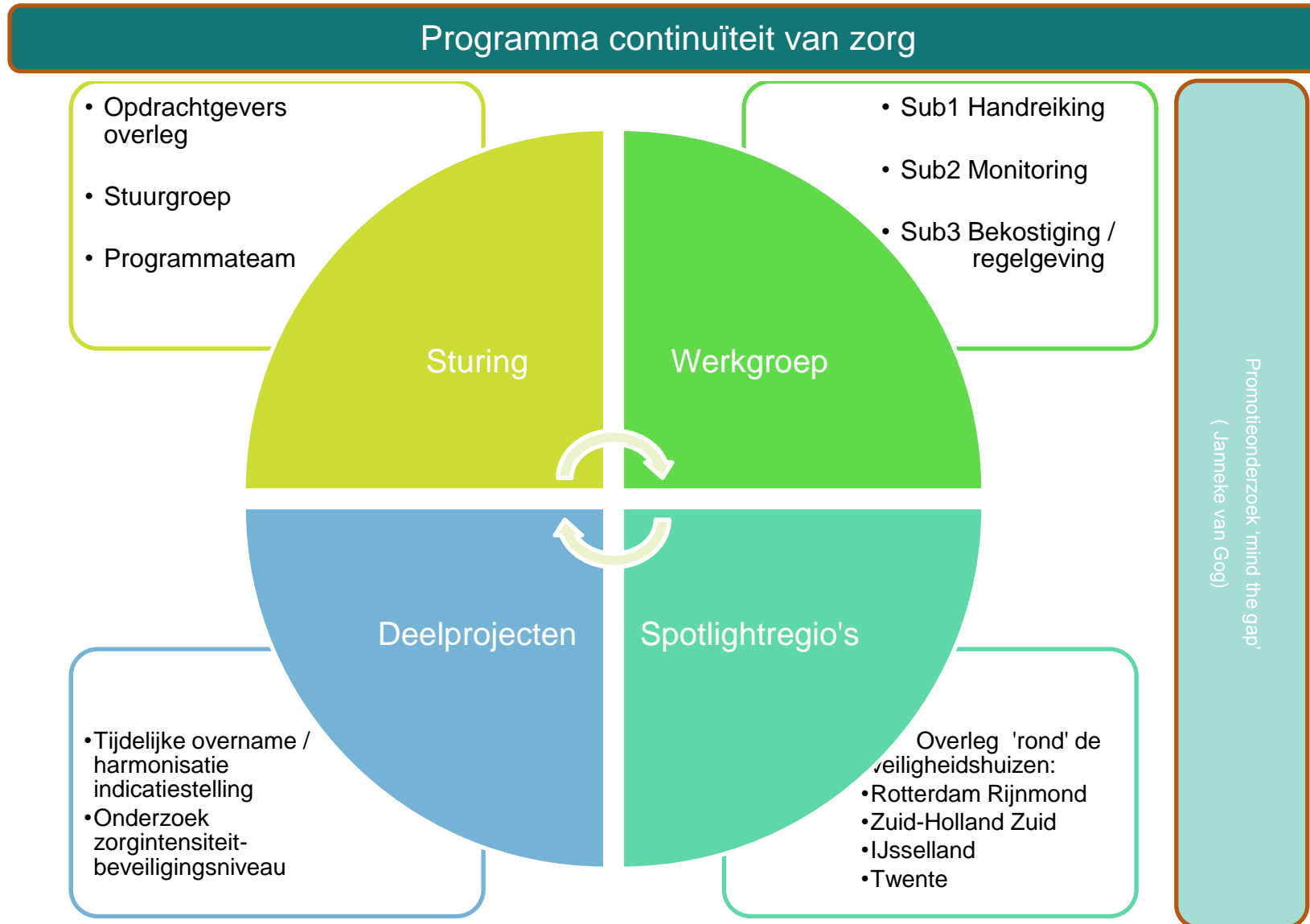
Het gehele programma continuïteit van zorg wordt als casestudy geïncorporeerd in een kwalitatief onderzoek naar de institutionele kloof tussen justitie en de geestelijke gezondheidszorg. Het programma is hierin het object van onderzoek. Het betreft een promotieonderzoek door een extern onderzoeker. De opdrachtgevers van continuïteit van zorg hebben toestemming verleend om de stuur- en werkgroepen en de spotlightregio's in het programma te benaderen voor deze antropologische casestudy naar de (veronderstelde) kloof tussen forensische en algemene psychiatrie; het vraagstuk van (dis)continuïteit van zorg na detentie.

De opdrachtgevers van continuïteit van zorg zien het gezamenlijk belang en de meerwaarde van dit onderzoek voor het programma continuïteit van zorg. Een beknopte samenvatting is opgenomen in bijlage E.

Bijlagen

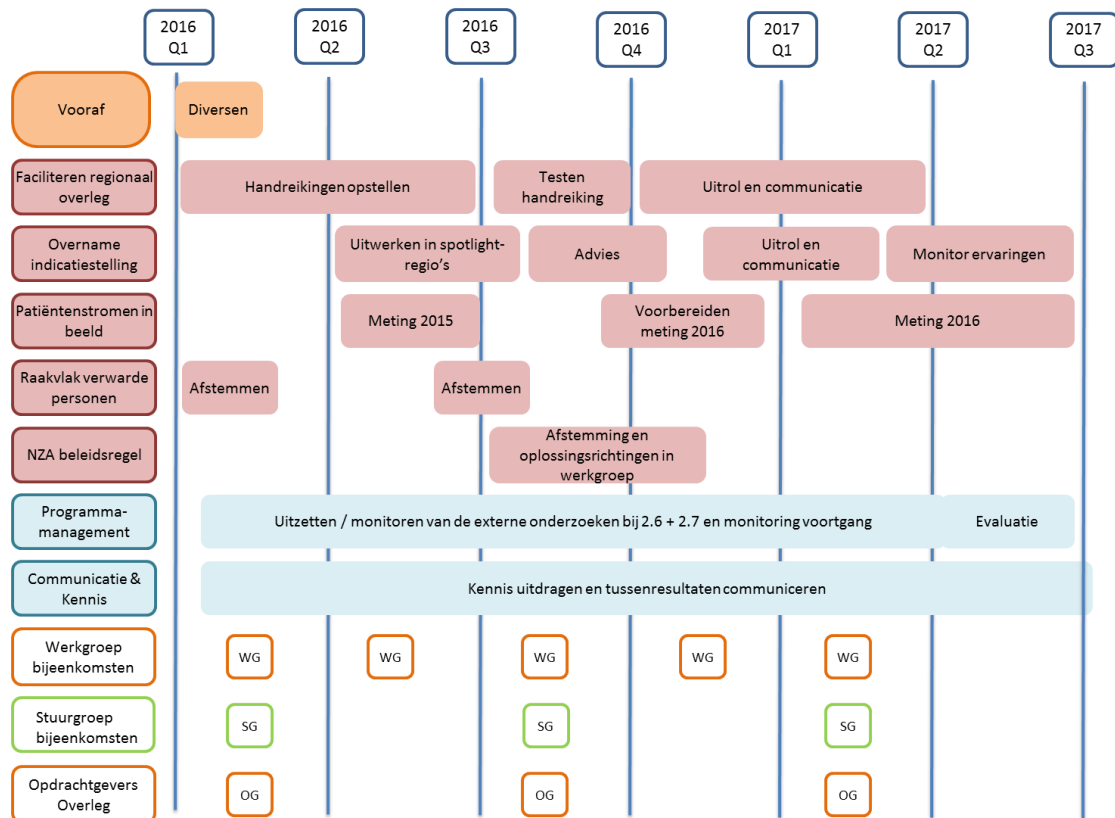
- A: Continuïteit van zorg: overzicht
- B: Planningschema
- C: Begroting: voor de financiers toegevoegd
- D: Deelprogramma: Tijdelijke overname / harmonisatie indicatiestelling
- E: Deelprogramma: Onderzoek zorgintensiteit – beveiligingsniveau
- F: Onderzoek 'mind the gap'

BIJLAGE A



Bijlage B

Planningsschema continuïteit van zorg



Bijlage C
Begroting continuïteit van zorg

Voor financiers toegevoegd.

Bijlage D
Deelprogramma: Tijdelijke overname / harmonisatie indicatiestelling

Zie hoofdstuk 4.1

Bijlage E

Deelprogramma: Onderzoek zorgintensiteit versus beveiligingsniveau

Er zijn in de maatschappij agressieve, ontwrichtende en gevaarlijke cliënten, die geen strafrechtelijke titel (meer) hebben, geen behandeling, begeleiding of (begeleid) wonen willen, maar dit wel nodig hebben. Het gaat soms om een tijdelijke situatie, soms om een langdurende of chronische situatie. Dit is een bijzonder actueel thema. Tegelijk zijn er cliënten die wel bereid zijn om zorg te ontvangen, maar die door de instelling als zo ontwrichtend en gevaarlijk worden beschouwd, dat men meent geen adequate zorg te kunnen verlenen of waarbij men vreest dat hun aanwezigheid een te groot negatief effect zal hebben op andere cliënten en zij ook een risico vormen / gevaarlijk zijn voor zichzelf of medewerkers van de zorgaanbieder. Onderzoek moet antwoord geven op de vraag wat de belangrijkste beletselen zijn om adequate behandeling, begeleiding of (begeleid) wonen voor deze mensen te bieden, en hoe die beletselen effectief kunnen worden aangepakt.

Meer in detail moet het onderzoek antwoord geven op

1. Wat is de zorgvraag van de doelgroep / typering van de soort cliënten / omvang.
2. Is de behandeling van die zorgvraag een aanspraak binnen de Zvw/Wlz/Wmo.
3. Is de reguliere zorg (ggz of lvb) voldoende toegerust qua deskundigheid (kennis en behandelinterventies) om agressieve, ontwrichtende en gevaarlijke cliëntengroep te behandelen.
4. Welke publieke regelgeving is van toepassing.
5. De praktijk van de private contracten, capaciteit en prijsvorming: wie levert de behandeling met of zonder (beveiligd) verblijf.
6. Is er voldoende aanbod. Uitgedrukt in beveiligde klinische capaciteit om agressieve, ontwrichtende en gevaarlijke cliënten te kunnen behandelen. En als dat behandel-/begeleidingsaanbod er niet is, wat is dan de praktijk.

Aanleiding

De cliëntengroep waar het onderzoek over gaat wordt gekenmerkt door agressief, ontwrichtend en (voor anderen/hun omgeving) gevaarlijk gedrag. In de praktijk komen signalen dat deze cliënten (zonder strafrechtelijke titel) moeilijk plaatsbaar zijn in de reguliere klinische zorg. Deze groep cliënten zou beter passen in het behandelklimaat en beveiligingsniveau van de forensische setting. Cliënten kunnen echter niet altijd doorgeplaatst worden naar een juiste forensisch klinische setting, omdat deze 'zorgverzekersplekken' te weinig zijn ingekocht door de zorgverzekeraar van de cliënt. Hierdoor ontstaan er in een reguliere klinische setting ongewenste situaties voor cliënten, medecliënten en medewerkers. Het onderzoek gaat over de wijze waarop binnen de forensische zorg met dit type cliënt wordt omgegaan (behandelklimaat, behandelinterventies, beveiligingsniveau en behandelintensiteit) en hoe dit verschilt / aansluit bij het behandelklimaat, behandelinterventies en behandelintensiteit in de reguliere behandeling, begeleiding en (beschermd) wonen. Reguliere aanbieders zouden soms weigeren dergelijke cliënten op te nemen, of sneller uit behandeling te laten gaan, door te plaatsen. Het is onduidelijk of dit mensen zijn waarvan vaststaat of het gevaar dat van hen zou uitgaan voldoende is geweken. Het beeld bestaat dat dit mensen betreft die door de zorgaanbieder als te agressief en gevaarlijk voor zichzelf, hun omgeving of te ontwrichtend voor de klinische afdeling worden ervaren. Dergelijke meldingen zijn onder meer gekomen van BOPZ officieren van justitie, gemeenten en zorginstellingen. Duidelijk is dat dit door verschillende betrokken partijen als probleem wordt ervaren. Tegelijkertijd is het moeilijk om deze signalen goed te duiden. Niet helder is in welke mate deze

problematiek zich daadwerkelijk voordoet. Ook is onvoldoende helder in beeld wat de achterliggende oorzaken zijn, en hoe deze effectief aangepakt kunnen worden.

De beleidscontext van het onderzoek.

Momenteel is er veel aandacht voor beleidsvraagstukken die te maken hebben met het op de juiste (klinische) behandelplek krijgen van cliënten met (ernstige) psychische problematiek. Denk aan de zorgen die bestaan over toenemende aantallen verwarde personen die niet altijd even goed naar de juiste zorgvoorziening kunnen worden toe geleid. Denk ook aan het vraagstuk van de continuïteit van zorg tussen de forensische zorg en de reguliere zorg. Het blijkt vaak lastig om na afloop van een justitiële titel adequate vervolgzorg te regelen voor mensen. Ook komt het voor dat mensen pas de zorg krijgen die ze nodig hebben nadat ze een strafbaar feit hebben gepleegd (in het kader van door de rechter opgelegde forensische zorg). Was de zorgbehoefte eerder gesignaleerd en de benodigde zorg eerder gerealiseerd, dan hadden problemen wellicht kunnen worden voorkomen.

Het is de bedoeling de situatie rondom verwarde personen en de continuïteit van zorg te verbeteren. Het programma continuïteit van zorg focust op passende en aansluitend behandeling, begeleiding en (beschermd) wonen na afloop van de strafrechtelijke titel voor mensen die door hun psychische stoornis, niet alleen een gevaar kunnen zijn voor zichzelf, maar ook een gevaar vormen voor anderen/hun omgeving, waardoor het (maatschappelijk) belang om hen naar de juiste zorg toe te geleiden extra groot is. Het is dan cruciaal dat die passende behandeling, begeleiding en (beschermd) wonen ook daadwerkelijk beschikbaar is/geleverd kan worden. Om deze reden is het zaak om meer helderheid te verkrijgen over signalen inzake mogelijke knelpunten bij het vinden van de juiste behandel-, begeleidings- en (beschermd) woonplek voor cliënten die zich kenmerken door agressief, ontwrichtend en gevaarlijk gedrag. Vraag daarbij is wat deze groep inhoudt, hoe groot deze is en wat deze mensen dan nodig hebben. Is het een zorgaanspraak? Wie levert dan de zorg en is het aanbod wel voorhanden? Wanneer het een zorgvraag is, waarom zijn deze cliënten dan (nog) niet in behandeling of begeleiding? En wanneer ze wel in behandeling of begeleiding zijn en eventueel ook worden opgenomen, waarom worden zij dan (te) snel ontslagen? Dit onderzoek dient te helpen om helder te krijgen welke problemen/knelpunten daar spelen, zodat deze problemen/knelpunten vervolgens in de lopende beleidstrajecten kunnen worden aangepakt.

Het onderzoek is tevens relevant voor de lopende wetgevingstrajecten Wet forensische zorg (Wfz) en Wet verplichte GGZ (WvGGZ). De Wfz biedt namelijk aan de strafrechter de mogelijkheid om een zorgmachtiging op te leggen op grond van de WvGGZ op het moment dat deze oordeelt dat iemand zorg nodig heeft naast, in plaats van of aansluitend aan de ten uitvoerlegging van een straf of maatregel. In 2012 gaf de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in het advies 'stoornis en delict' aan te verwachten dat de wetten tot gevolg zullen hebben dat de reguliere zorg meer, maar ook andere, patiënten krijgt: meer delictplegers, waar in plaats van een strafmaatregel, de verplichte ggz op van toepassing wordt. En meer zorgwekkende zorgmijders met psychische stoornissen. Arbeidsintensieve cliënten met een vaak langdurige zorgbehoefte en veel multiproblematiek. De RVZ benadrukte het belang dat de zorg zich hierop voorbereidt. Naar verwachting gaat het nog geruime tijd duren totdat de wetten in werking kunnen treden (niet eerder dan 2018). Dit in verband met de beslissing van de Eerste Kamer om de Wfz, de WvGGZ en de Wet zorg en dwang gezamenlijk te behandelen. Het onderzoek kan helpen bij de verdere voorbereiding van de implementatie van deze wetten.

Toelichting op de onderzoeksvragen

Ad 1. Wat is de zorgvraag van de doelgroep / typering van de soort cliënten / omvang

Hoe wordt het begrip “stoornis “ toegepast bij de beoordeling of er aanleiding is iemand (gedwongen) te behandelen en/of op te nemen in de reguliere zorg? Worden alleen psychiatrische stoornissen in engere zin hieronder begrepen of kunnen ook persoonlijkheidsstoornissen hieronder vallen? En zo ja, welke? En welke niet?

Hoe wordt bij de beoordeling of mensen gedwongen behandeling nodig hebben en/of gedwongen opgenomen moeten worden in de reguliere zorg het gevaarscriterium toegepast (risicotaxatie), en hoe verhoudt zich dat met de wijze waarop binnen de forensische zorg (bij een strafrechtelijke titel) met het begrip ‘gevaar’ wordt omgegaan. Is er verschil in toepassing van risicotaxatie of in hoe het management hiermee omgaat. Is er bijvoorbeeld een onderscheid in de termijn waarbinnen het gevaar zich naar verwachting zou moeten manifesteren (alleen acuut gevaar, of ook gevaar op langere termijn) om gedwongen behandeling en/of opname te rechtvaardigen? Zijn eventuele verschillen tussen reguliere zorg (vrijwillige behandeling of op basis van een civielrechtelijke titel) en forensische zorg verklaarbaar (bijvoorbeeld vanuit het feit dat er bij forensische zorg sprake is van een strafrechtelijke titel en bij een BOPZ opname niet)?

Ad. 2 Is de behandeling van die zorgvraag een aanspraak binnen de Zvw/Wlz/Wmo

Als dat zo is, wie kan dan het beste leveren en is er daar dan ook capaciteit?

Ad. 3 Is de reguliere zorg voldoende toegerust qua behandelklimaat, behandelinterventies en behandelintensiteit en beveiligingsniveau om agressieve, ontwrichtende en gevaarlijke cliënten te behandelen en te begeleiden.

Is de reguliere zorg voldoende toegerust om op grond van de nieuwe wetgeving de te wijzigen cliëntenstroom te kunnen opvangen, bijvoorbeeld qua behandelklimaat, behandelinterventies en behandelintensiteit en beveiligingsniveau.

Ad. 4 Welke publieke regelgeving voor beveiligde klinische zorg is van toepassing?

Wat is de definitie van een beveiligde klinische plek. Hoe verhouden de stelsels van reguliere zorg en forensische zorg zich precies tot elkaar qua prijssystematiek (bekostiging van verschillende niveaus van zorg- en beveiligingsintensiteit)? Welke kosten zijn er mee gemoeid om een cliënt in een klinische setting met een hoger beveiligingsniveau te plaatsen wanneer blijkt dat iemand op een reguliere klinische afdeling niet meer te handhaven is, uitgesplitst per beveiligingsniveau en afgezet tegen de reguliere tarieven per type verblijf in de zorg? Welk gedeelte hiervan zijn de 9 zorgverzekeraars bereid te betalen in geval er geen sprake (meer) is van een strafrechtelijke titel? Hoe zit het met de verantwoordelijkheden bij doorplaatsing en onderaannemerschap?

Ad 5. De praktijk van private contracten, capaciteit en prijsvorming: wie levert de behandeling / begeleiding of (beschermd) wonen met of zonder (beveiligd) verblijf. En als dat behandel-/begeleidingsaanbod er niet is, wat is dan de praktijk?

Hoeveel plaatsen met een bepaalde zorgintensiteit (A t/m G bedlettercode) en hogere beveiligingsniveau's (niveau 1 t/m 4) zijn er ingekocht (door DForzo en zorgverzekeraars)? Kan dit uitgesplitst worden naar de zwaarte van de zorg (zorgintensiteit) en de hoogte van het beveiligingsniveau? Wat is de bezettingsgraad van deze plaatsen? Hoe lang is de wachtlijst voor deze plaatsen? En is het, als het een aanspraak is binnen

bepaalde wetgeving, dan ook gecontracteerd door de betrokken financier (gemeente, DForzo, zorgverzekeraar).

Aandachtspunten om bij het onderzoek te betrekken

Problematiek rondom daadwerkelijke plaatsing (BOPZ)

Komt het voor dat mensen die een gevaar vormen voor zichzelf en hun omgeving niet (kunnen) worden opgenomen in een klinische setting (instroom)? In welke mate komt het voor dat het verblijf in een reguliere instelling van dergelijke cliënten wordt beëindigd terwijl het gevaar dat van hen uitgaat nog niet is geweken (uitstroom)? Wat is de reden van een dergelijke beslissing? Hoe verloopt de plaatsing van deze mensen met een civiele titel als de rechter eenmaal heeft beslist dat zij gedwongen moeten worden opgenomen? Lukt het dan om een instelling met een passende voorziening te vinden? Waarom wel/ niet? Moet het OM vaak gebruik maken van de bevelsbevoegdheid om iemand geplaatst te krijgen? Daarbij signalen van bijvoorbeeld BOPZ officieren van justitie betrekken dat ze cliënten soms niet geplaatst krijgen nadat de rechter een BOPZ machtiging heeft opgelegd. NB: Hierbij zouden ook signalen zijn dat psychiaters soms geen medische verklaring af zouden geven omdat ze het begrip "gevaar" te eng interpreteren, omdat er toch geen plek is of er toch geen instelling is die de persoon wil hebben nader kunnen worden gezien. Komt dit inderdaad voor (en zo ja, in welke mate?), of is er geen basis voor deze signalen?

Verblijf/behandeling/begeleiding/(beschermd)wonen

Hoe verlopen het verblijf, behandeling en begeleiding als agressieve, ontwrichtende en gevaarlijke cliënten eenmaal in zorg zijn / geplaatst zijn? Kan de instelling een passend ambulante behandelaanbod / passend klinische verblijf bieden als de cliënt in behandeling / begeleiding is gekomen? Als de instelling merkt dat de cliënt niet "te handhaven is" in die klinische setting / afdeling van de instelling, hoe gaan ze daar dan mee om? Kunnen ze de hoeveelheid personeel, de zorgintensiteit en het beveiligingsniveau waar nodig gemakkelijk opschalen? Kunnen ze deze cliënten waar nodig gemakkelijk doorplaatsen naar een andere afdeling of instelling als een intensievere zorgintensiteit, behandelklimaat of hoger beveiligingsniveau nodig is voor de cliënt? Zo nee, tegen welke beletsel lopen ze daarbij aan?

Aanpak / Werkwijze

Omdat deze vragen bijzonder actueel zijn, is het van belang om in eerste instantie snel op zoveel mogelijk vragen antwoord te krijgen via een vooronderzoek (quick scan met gebruikmaking van casuïstiek uit de regio's) door interviewrondes. Daarbij zou kunnen worden gedacht aan een paar bijeenkomsten met de partijen/personen die over de benodigde kennis beschikken, of een beperkt aantal gesprekken met cruciale spelers. Vervolgens kan aan de hand van de uitkomsten daarvan verdiepingsonderzoek worden uitgevoerd om nadere duidelijkheid te verkrijgen over die vraagstukken die meer gecompliceerd blijken en meer uitzoekwerk vergen. Een en ander moet leiden tot een eindrapport met daarin de antwoorden op de onderzoeksvragen, waarin een verbreding (en toetsing) naar antwoorden op landelijk niveau in afstemming met een begeleidingscommissie vanuit de opdrachtgevers een belangrijk moment is.

Budget (aanvullend op de begroting van continuïteit van zorg)

100.000 euro

Termijn

Quick scan gereed op 1 juli 2016. Verdiepingsonderzoek gereed voor eind 2016.

Bijlage E

Promotieonderzoek 'Mind the gap'

Een organisatie-antropologisch onderzoek naar de (veronderstelde) kloof tussen forensische en algemene psychiatrie; het vraagstuk van (dis)continuïteit van zorg na detentie.

Janneke van Gog

[LinkedIn](#)

De wereld van strafrecht en justitie en de wereld van de algemene geestelijke gezondheidszorg zijn in onze samenleving grotendeels gescheiden instituties. Ze kennen ieder een specifieke doelstelling, maken en hanteren eigen beleid en wettelijke kaders en dragen een afzonderlijke ministeriele verantwoordelijkheid. Deze sociale instituties vormen als het ware ieder een eigen cultuur en identiteit die wordt (uit)gedragen door de binnen deze instituties werkzame professionals. Een cultuur en identiteit die zich uiten in dagelijkse gewoontes, routines en praktijken en zich ontwikkelt in relatie tot sociale veranderingen in de samenleving.

Een niet onaanzienlijke groep patiënten en delinquenten komt in aanraking met beide stelsels. Omdat zij naast of als gevolg van psychiatrische problematiek ook een strafbaar feit plegen. Of omdat zij naast delinquent gedrag ook een psychiatrische stoornis hebben of ontwikkelen. Het probleem van de continuïteit van zorg voor juist deze patiënten, laat zien dat de institutionele grenzen van justitie en ggz in de praktijk niet altijd houdbaar zijn en ook niet als vanzelf op elkaar aansluiten. Door deze patiënten worden professionals van justitie en ggz opgeroepen om met elkaar de grenzen van justitie en ggz op te zoeken en beide werelden te verbinden. Dit is ook het doel van het programma continuïteit van zorg.

In mijn promotieonderzoek bestudeer ik hoe via institutionele cultuur en –identiteit de kloof tussen justitie en ggz wordt geconstrueerd en gereproduceerd en zich manifesteert in visies, belangen en praktijken en onderlinge samenwerking. Ik probeer antwoord te vinden op de vraag hoe verantwoordelijkheden jegens elkaar en jegens de patiënt worden ervaren en ingevuld en wat de rol daarbij is van institutionele cultuur. Om dat antwoord te kunnen geven, bestudeer ik hoe professionals, bestuurders en beleidsmakers werkzaam in de wereld van justitie of ggz zich in praktijk, beleid, wetgeving en bejegening tot de delinquent/patiënt en vooral ook tot elkaar verhouden in relatie tot de continuïteit van zorg voor deze groep patiënten. Het programma continuïteit van zorg biedt een mogelijkheid om die onderlinge interactie te bestuderen en is daarmee in dit onderzoek een case.

Als onderzoeker (antropoloog) loop ik mee in het programma continuïteit van zorg. Dat betekent dat ik toegang heb tot alle stukken die in het project gebruikt worden, en dat ik de stuur-, werk- en programmateambijeenkomsten zal bijwonen en observeren. Daarnaast zal ik met professionals die binnen het programma actief zijn, in de stuurgroep en werkgroep, maar ook in de spotlightregio's, in gesprek gaan (interviews). U komt mij vanzelf ergens een keer tegen of ik neem contact met u op. Alle informatie die gedurende het onderzoek wordt verzameld zal vertrouwelijk worden behandeld. Het onderzoek is volledig onafhankelijk van de opdrachtgevers en deelnemers van het programma continuïteit van zorg geïmplementeerd. Meer over mijn professionele achtergrond is te vinden op mijn [linkedin profiel](#).