

Geen titel, wel zorg

'DRIELUIK RAPPORTAGES CONTINUÏTEIT VAN ZORG'

ADVIES

**ACHTERGROND
RAPPORTAGE**

**ONDERZOEKS-
RAPPORTAGE
'OMVANG
DOELGROEP'**

Een advies over de continuïteit van zorg na de strafrechtelijke keten

Ministerie van Veiligheid en Justitie, GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland
Amersfoort, 17 juli 2015

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord

1	Achtergrond en aanleiding	1
1.1	Leeswijzer	1
1.2	Achtergrond	1
1.3	Context van het advies	1
1.4	Het belang van continuïteit van zorg	2
1.5	Totstandkoming van het advies	2
1.6	Raakvlak programma aanpak verwarde personen	3
2	Analyse door de werkgroep	5
2.1	Omvang van de doelgroep	5
2.2	Geïnterpreteerde knelpunten	6
2.3	Oplossingsrichtingen	6
2.4	Context rondom het vraagstuk	7
2.5	De complexiteit van het vraagstuk en bijbehorende context vragen om een gezamenlijk doel en een programmatische aanpak	7
3	Advies: programmatische aanpak	9
3.1	Focus en doelstellingen van het programma en te behalen resultaten	9
3.2	Inhoud van het programma	11
3.3	Regionale aanpak	11
3.4	Landelijke facilitering	14
3.5	Communicatie, kennis en inspiratie	16
3.6	Organisatie van het programma	17

VOORWOORD

Voor u ligt het advies van de Werkgroep Continuïteit van Zorg. Dit advies is tot stand gekomen na een intensief traject in de maanden januari 2015 tot juli 2015. Bij dit traject waren alle betrokken stakeholders bij de forensische zorgketen aangesloten, hetzij middels actieve participatie in de werkgroep, hetzij op bestuurlijk niveau in de stuurgroep. Dit traject had hiermee een unieke ambtelijke en bestuurlijke constellatie; nooit eerder zijn alle partijen zo intensief samen opgetrokken om invulling te geven aan de gedeelde verantwoordelijkheid voor deze cliëntengroep. De bereidheid om hierin samen op te trekken, over de eigen grenzen te kijken en de zorg voor de cliënt zo optimaal mogelijk vorm te geven binnen ons uitermate complexe zorgstelsel was voelbaar in alle bijeenkomsten. De door alle partijen gevoelde urgentie uitte zich ook in de actieve bijdragen tussen de bijeenkomsten door, waardoor het mogelijk was snel te schakelen met alle partijen en er snel grote stappen gezet konden worden. Zonder dit gedeeld commitment was het niet mogelijk geweest om in dit korte tijdsbestek tot resultaat te komen. En het resultaat is er dan ook naar: een gedragen opdracht om gezamenlijk invulling te gaan geven aan een Programma Continuïteit van Zorg. Het huidige politieke klimaat heeft tevens gezorgd voor extra borging hiervan in het grotere geheel van de aanpak verwarde personen.

Ik wil alle partijen zeer hartelijk danken voor deze uiterst constructieve en daarnaast ook zeer prettige samenwerking de afgelopen maanden. Zonder ieders inzet had dit programma nooit vorm gegeven kunnen worden. Ik hoop dat dit gedeeld engagement de komende maanden, zo niet jaren, in stand zal blijven. De zorg voor de cliënt en de veiligheid in de maatschappij heeft daar alleen maar baat bij!

Sybren Bangma
Voorzitter werkgroep Continuïteit van Zorg

1.1 Leeswijzer

Dit document beschrijft het advies van de werkgroep Continuïteit van zorg. De aanleiding voor dit advies zijn de door betrokken ketenpartners breed ervaren belemmeringen om in de praktijk de benodigde continuïteit van zorg voor cliënten te organiseren nadat ze in het kader van een strafrechtelijke titel zorg hebben ontvangen in detentie of in de forensische zorg. Het advies maakt onderdeel uit van een 'drieluik van rapportages'. Zoals op het voorblad is aangegeven vormt dit advies het eerste onderdeel van dit drieluik. De achtergrondrapportage en de onderzoeksrapportage zijn in pdf verkrijgbaar.

Dit advies geeft in hoofdstuk 1 de context van het vraagstuk weer. Vervolgens wordt in hoofdstuk 2 de analyse van de werkgroep (beknopt) beschreven. Dit bevat een beknopte omschrijving van de doelgroep (paragraaf 2.1), de geïnventariseerde knelpunten (paragraaf 2.2), de oplossingsrichtingen (paragraaf 2.3) en tot slot de randvoorwaarden om de oplossingen te laten slagen (paragraaf 2.4). Tot slot beschrijven wij het advies van de werkgroep in hoofdstuk 3. Hierin staan de doelstellingen van het geadviseerde programma (paragraaf 3.1) en de wijze waarop het programma wordt vormgegeven (vanaf paragraaf 3.2).

1.2 Achtergrond

Continuïteit van zorg is een belangrijk thema in de zorg voor kwetsbare personen. Het belang hiervan voor de cliënt wordt breed erkend. De inrichting van het zorgstelsel, met al haar schotten, werpt echter drempels op om dit in de praktijk soepel vorm te geven.

Binnen de GGZ, VG en MO zijn verschillende financiers, die allemaal een deel van het zorgtraject voor een cliënt bekostigen. Zorgaanbieders maken met al deze financiers separate inkoopafspraken middels contracten, veelal voor de duur van een jaar. Alle financiers maken veelal eigen beleidskeuzes en daaraan gekoppelde inkoopstrategieën en eisen op het gebied van kwaliteit, beschikbaarheid en bekostiging. Deze kaders en afspraken liggen lang niet altijd in elkaars verlengde waardoor een soepele overgang van een cliënt van het ene naar het andere stelsel kan stagneren.

De omschreven situatie van financiële en beleidsmatige schotten in het zorgstelsel geldt ook voor de overgang tussen strafrechtelijke forensische zorg en reguliere behandeling/vervolgzorg- en begeleiding. De strafrechtelijke forensische zorg is veelal een (klein) onderdeel van en een tijdelijke episode in een langdurig zorgtraject. Deze cliënten ontvangen veelal voor en/of na de strafrechtelijke titel zorg vanuit een ander kader zoals de Zvw, Wlz of de Wmo.

Het optimaliseren van 'Continuïteit van zorg' is één van de 11 aanbevelingen van de taskforce Behandelduurverkortings tbs. Vanuit dit gedeelde besef, en een gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid voor zorgcontinuïteit voor cliënten die in aanraking zijn geweest met justitie, hebben GGZ Nederland (GGZ Nederland), het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aangegeven dit vraagstuk gezamenlijk te willen oppakken in de Werkgroep 'Continuïteit van zorg' door de (forensische) zorgketen. Daarnaast zijn ook andere ketenpartners betrokken bij dit thema, namelijk: het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Federatie Opvang, RIBW Alliantie, NIFP en de reclasseringsorganisaties.

1.3 Context van het advies

De doelgroep waar dit advies zich op richt bestaat uit personen die uitstromen uit de (strafrechtelijke) forensische zorg, danwel detentie. Dit maakt dat het advies relatief veel aandacht geeft aan de context van deze doelgroep en de betrokken (zorg)partners. Dat laat onverlet dat de betrokken (zorg)partners vaak meerdere doelgroepen bedienen en in een bredere maatschappelijke context opereren die momenteel aan verandering onderhevig is. De drie decentralisaties en de Wlz krijgen langzaam hun beslag, waarbij men rekening moet houden met bezuinigingen en minder financiële middelen. Beleidsmakers, zorgaanbieders en opdrachtgevers (zowel gemeenten als zorgkantoren en zorgverzekeraars) zijn nog volop bezig met het ontwikkelen van beleid rondom de nieuwe taken hetgeen zich komende jaren verder zal uitkristalliseren. Gemeenten gaan bijvoorbeeld lokaal steeds meer maatwerk bieden en zoeken naar differentiatie binnen beschermd wonen, waarin lichtere vormen gestimuleerd worden en waarbij de verbinding wordt gelegd met andere vormen van zorg en

ondersteuning in het sociaal domein. Maar ook nieuwe en actuele ontwikkelingen hebben invloed, zoals de problematiek rondom verwarde personen en de ontwikkelingen in de GGZ binnen de Zvw en Wlz en de OGGZ. De aanbevelingen die worden gedaan moeten dan ook met een zekere mate van flexibiliteit worden gelezen, met name op het vlak van precieze regionale invulling. Het vormgeven van een landelijke blauwdruk is niet mogelijk en zeker ook niet wenselijk.

Er is in het advies voor gekozen om niet al deze ontwikkelingen te beschrijven. Het is echter wel degelijk onderwerp van gesprek geweest in de werkgroep en de werkgroep is zich ervan bewust dat het advies landt binnen deze veranderende context.

1.4 Het belang van continuïteit van zorg

Belemmeringen die zich voordoen bij de overgang van de zorg in het strafrechtelijke kader (conform de Wet forensische zorg (Wfz)), naar zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

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 een langere behandelduur en hogere kosten. In ernstige gevallen kan het leiden tot terugval, achteruitgang in het ziektebeeld of strafrechtelijke recidive. Omgekeerd kan het realiseren van een goede zorg ertoe bijdragen dat er minder mensen zijn die problemen veroorzaken. Goede continuïteit van zorg heeft dan ook een preventieve werking en draagt zodoende bij aan het verminderen van maatschappelijke overlast.

Het belang van het goed organiseren van continuïteit van zorg wordt steeds groter. De belangrijkste reden is dat de groep cliënten die zorg ontvangt uit de verschillende kaders groeit. Bij invoering van de Wvvgz en de Wfz stromen waarschijnlijk meer personen in via de civielrechtelijke GGZ, in plaats van een strafrechtelijk traject. 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 multi-problematiek' (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 Wvvgz meer mogelijkheden om mensen met ernstige psychische stoornissen die zorg mijden de noodzakelijke zorg (ook (intensief) ambulant) 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 Wvvgz een grotere toestroom van cliënten met ernstige psychische stoornissen en beperkingen naar de GGZ ontstaat. Door deze voorspelde toegenomen verschuiving van patiëntenstromen door de (forensische) zorgketen heen, is het zaak deze keten zo optimaal mogelijk te organiseren waardoor zorg continuïteit vorm kan krijgen.

1.5 Totstandkoming van het advies

Het advies is in de periode februari tot en met juli 2015 tot stand gekomen. Hiervoor is de werkgroep en stuurgroep beide vier maal bijeen geweest. De insteek van het advies is niet gericht op een stelselwijziging, maar juist om binnen de gegeven kaders van de verschillende stelsels oplossingen te vinden en te gaan organiseren. Hoewel het doel ongewijzigd is gebleven is de focus van het advies in de afgelopen periode gewijzigd door actuele ontwikkelingen. Dit heeft met name te maken gehad met de actualiteiten rondom de problematiek met verwarde personen en de adviezen van de commissie Hoekstra.

De focus voor het advies *Continuïteit van zorg* betreft een nadere afbakening ten opzichte van de opdracht waarmee de werkgroep op pad is gegaan, maar wel een logische op dit moment. Het plan van aanpak verwarde personen richt zich op de (potentiële) instroom en ook op personen die helemaal niet thuishoren in de forensische zorg. Door een focus in het voorgestelde programma op het realiseren van continuïteit van zorg voor de uitstroom, worden deze doelgroepen helder onderscheiden en niet (onnodig) afhankelijk van elkaar gemaakt.

1.6 Raakvlak programma aanpak verwarde personen

Zoals we al aangaven bij de totstandkoming van dit advies hebben de actualiteiten rondom de ervaren problematiek bij 'verwarde personen' invloed op de vormgeving van het programma continuïteit van zorg. Alhoewel dit niet dezelfde doelgroep betreft als waar het advies rond continuïteit van zorg zich op richt, is er wel sprake van overlap. Belangrijker nog is dat de aard van de problematiek, de betrokken stakeholders en de oplossingsrichtingen waarschijnlijk in dezelfde richting gezocht moeten worden.

Als wij nader inzoomen op de knelpunten die door de diverse partijen naar voren worden gebracht, zien wij dat ook hier oorzaken genoemd worden als lastige toegang tot gespecialiseerde GGZ, onverzekerden problematiek, ondoorzichtige regelgeving, schaarste aan woningen, reductie in bedden, wachttijden, bezuinigingen in dagbestedingen dagactiviteiten, te weinig ambulante zorg en beperkte afstemming tussen zorgpartners. In de oplossingen wordt sterk de nadruk gelegd op een integrale aanpak, samenwerking, voldoende huisvesting en toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg.

Op dit moment is VWS, in overleg met VenJ en betrokken zorgpartners, bezig met het opstellen van een plan van aanpak voor de problematiek rond verwarde personen. De contouren van dit programma zijn reeds op 30 juni jl. aan de Tweede Kamer toegezonden middels een brief. In deze brief wordt eveneens verwezen naar de Stuurgroep continuïteit van zorg in relatie tot de aansluiting tussen forensische zorg en reguliere zorg. Vanwege de raakvlakken tussen beide trajecten wordt vanuit het geadviseerde programma Continuïteit van Zorg nadrukkelijk afstemming gezocht en mogelijkheden voor aansluiting op onderdelen en delen van 'best practices'. De praktische uitvoering hiervan beschrijven we in hoofdstuk 3.

2.1 Omvang van de doelgroep

De omvang van de doelgroep bestaat uit cliënten die na afloop van forensische zorg in het kader van een strafrechtelijke titel en/of detentie vervolgzorg nodig hebben. Op basis van de beschikbare informatie die door de werkgroep in de afgelopen periode is verzameld, blijkt dat **jaarlijks ruim 12.000 cliënten** in- en uitstromen in de forensische zorg¹. Dit betreft stroomgegevens; per jaar weten we dat ongeveer 24.000 cliënten forensische zorg ontvangen. Een deel van de cliënten krijgt dus zorg langer dan een jaar. Een deel van deze cliënten ontvangt meerdere keren per jaar forensische zorg; **per jaar gaat het om ongeveer 10.000 unieke personen** die te maken krijgen met forensische zorg. Uitgaande van 10.000 unieke cliënten per jaar en een afgeleide recidivecurve over de tijd², betekent dit dat er iedere vijf jaar ongeveer 35.000 personen zijn die binnen de doelgroep vallen voor continuïteit van zorg. 30% van de cliënten binnen deze doelgroep ontvangt zorg met verblijf. Dit betreft zowel klinische voorzieningen (zoals een PPC (Penitentiair Psychiatrisch Centrum), FPK (Forensisch Psychiatrisch Kliniek) en een FPA (Forensisch Psychiatrisch Afdeling)) en voorzieningen zonder een behandelcomponent zoals beschermd wonen of verblijf voor verstandelijk gehandicapten (VG). 70% van de cliënten ontvangt ambulante behandeling of begeleiding in hun thuissituatie of tijdens hun verblijf in detentie.

De omvang van de doelgroep die na afloop van detentie zorg nodig heeft, is op basis van beschikbare bronnen niet goed vast te stellen. Jaarlijks stromen 38.000 personen uit detentie; dit zijn ongeveer 32.000 unieke personen³. Niet al deze personen hebben een zorgvraag en kunnen daarom niet tot de doelgroep worden gerekend. Aangezien in de subgroep 'nazorg na forensische zorg' reeds cliënten zijn meegeteld die in een PPC zorg ontvangen of ambulante zorg in een penitentiaire inrichting krijgen, ontbreken alleen cliënten die in detentie zorg krijgen via het NIFP en gedetineerden die geen zorg hebben ontvangen in detentie, maar wel zorg nodig hebben na detentie. Op basis van een schatting bestaat deze subgroep uit **maximaal 5.000 cliënten per jaar**. Gebaseerd op de recidivecurve voor personen uit detentie gaat het om ongeveer 17.000 personen die iedere vijf jaar zorg na afloop van detentie nodig hebben. De totale omvang voor de doelgroep continuïteit van zorg, zowel na forensische zorg, als na detentie, ligt naar verwachting **tussen de 10.000 en 15.000 cliënten per jaar** en tussen de 35.000 en 52.000 cliënten in een vijfjaarsperiode.

In mei en juni 2015 is in opdracht van de werkgroep bij zorgaanbieders een onderzoek uitgevoerd om vast te stellen in hoeverre deze cliënten zorg (hebben) ontvangen voorafgaand en/of na afloop van de periode van forensische zorg. De bevindingen van dit onderzoek staan uitgebreid beschreven in de 'Onderzoeksrapportage doelgroep continuïteit van zorg'. Tabel 1 geeft een overzicht van de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek⁴. Hierin staat hoeveel cliënten vervolgzorg krijgen na afloop van de strafrechtelijke titel. De gegevens zijn gebaseerd op in- en uitstroomgegevens van zorgaanbieders, geëxtrapoleerd naar landelijk niveau.

	Vanuit FZ met verblijf		Vanuit ambulante FZ	
	n	%	n	%
Naar zorg in regulier kader	1.390	53%	900	13%
Geen nazorg	250	9%	380	5%
Onbekend wel / geen nazorg	620	23%	5.870	82%
Naar PI (detentie)	380	14%	20	0%
Totaal	2.640		7.170	

Tabel 1. Zorg na afloop van de strafrechtelijke titel

Cliënten met een strafrechtelijke titel in een voorziening met verblijf ontvangen meestal nazorg in het reguliere kader (vrijwillig of gedwongen); dit betreft 53% van de cliënten. Onder deze nazorg zijn vaak (andere) klinische voorzieningen en beschermd wonen genoemd. Daarnaast is op basis van de huidige wijze van registratie niet altijd bekend of en waar de cliënt nazorg krijgt, dit betreft 23% van de cliënten. Van slechts een klein deel van de cliënten (9%) is geregistreerd dat ze geen nazorg ontvangen. Een deel (14%) van de cliënten gaat (weer) naar de penitentiaire inrichting nadat de voorgaande strafrechtelijke titel eindigt (recidive) of tijdens de lopende strafrechtelijke titel (terugplaatsing na uitplaatsing).

- 1 Op basis van gegevens van Directie Forensische Zorg (DForZo).
- 2 Terugval van cliënten in vijf jaar.
- 3 Op basis van uitstroomgegevens DJI 2014.
- 4 Er zijn geen gegevens opgevraagd/aangeleverd vanuit de PPC's, deze cliënten zijn daarom niet in de tabel opgenomen.

Geen titel, wel zorg Een advies over de continuïteit van zorg na de strafrechtelijke keten

Vanuit ambulante forensische zorg ontvangt een deel (13%) van de cliënten nazorg in het reguliere kader. Daarnaast is het bij een groot deel van de cliënten onbekend of zij nog zorg na afloop van de titel ontvangen (82%). Ook in de ambulante forensische zorg bieden de huidige registraties dit inzicht niet of beperkt.

Zorgaanbieders ervaren knelpunten bij de overgang van de zorg na afloop van de forensische titel. 8% ervaart deze knelpunten altijd, 23% meestal en 33% soms. De meeste knelpunten hebben betrekking op de onzekerheid over de financiering van zorg en op het realiseren van de best passende zorg.

2.2 Geïnterviewde knelpunten

De omvang van de doelgroep geeft een beeld van hoe vaak sprake is van overgang tussen verschillende stelsels. Dit geeft echter nog geen inzicht in de ervaren problematiek hierbij. Om deze knelpunten in kaart te brengen is gebruikgemaakt van casuïstiek. De enorme hoeveelheid casuïstiek die ketenpartners de afgelopen periode hebben aangeleverd, illustreert dat op diverse momenten en bij verschillende (stelsel)overgangen knelpunten ontstaan. Knelpunten die voortkomen uit regels, eisen, en verschillen in werkwijze en cultuur ten aanzien van indicatiestelling, zorgtoewijzing, zorglevering, financiering, beschikbaarheid, et cetera.

Deze casuïstiek is door de werkgroep geanalyseerd en geordend in vijf probleemgebieden:

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

In de huidige context waarin bij alle financiers sprake is van taakstellingen, krimpende budgetten, een toenemende beweging richting minder specialistische zorgcapaciteit, minder klinische zorg en een verdergaande ambulantisering, is de verwachting dat deze problematiek eerder toe- dan afneemt.

Alhoewel het probleem breed wordt ervaren en de intentie van iedereen is om te komen tot oplossingen, lukt het tot op heden niet om tot werkbare en gedragen oplossingen te komen. Bij eerder uitgebrachte adviezen rondom het thema continuïteit van zorg zijn uiteindelijk beperkte resultaten behaald. Een voorbeeld hiervan zijn de aanbevelingen uit de RVZ-studie 'Stoornis en delict' (2012). Daarin is een groot aantal aanbevelingen gedaan die enthousiast zijn ontvangen door het veld en de betrokken ministeries en waar een voortvarende start mee is gemaakt door de verschillende ketenpartners. De praktijk is echter weerbarstig en de aanbevelingen blijken in de huidige context van de verschillende zorgstelsels lastig uitvoerbaar. Tegelijkertijd wordt door regionale ketenpartners nog steeds gezocht naar en geëxperimenteerd met oplossingen om continuïteit van zorg zo goed mogelijk te realiseren. De hoeveelheid oplossingen die zijn aangedragen en geformuleerd in de werkgroep laat zien dat wel degelijk verbeteringen nodig en mogelijk zijn.

2.3 Oplossingsrichtingen

De oplossingen die door partijen zijn aangedragen zijn divers van aard. Het betreft deels nieuwe oplossingen, maar het betreft ook oplossingen die door ketenpartners op enkele plaatsen al worden toegepast of oplossingen die al eerder geïntroduceerd zijn maar niet (in alle regio's) tot wasdom zijn gekomen. Op basis van de aangedragen ideeën is de werkgroep gekomen tot een clustering naar een aantal oplossingsrichtingen:

1. Inzicht in de doelgroep;
2. Versterken regionale samenwerking;
3. Verbeteren toegankelijkheid in de reguliere zorg;
4. Harmonisering/overbrugging van de indicatiestelling;
5. Afstemmen van zorginkoop in verschillende stelsels;
6. Stimuleren gemengde capaciteit en bundeling expertise;
7. Flexibiliteit in de financiën.

Om de toepassing van deze oplossingen mogelijk te maken en daadwerkelijk de belemmeringen die bestaan in het huidige stelsel weg te nemen, is het niet voldoende om deze oplossingen te benoemen en te beleggen bij de verschillende ketenpartners. Dit blijkt in de praktijk ondanks alle goede bedoelingen niet te werken. Hiervoor is een bredere en integrale veranderaanpak noodzakelijk. In deze aanpak is het idee ook om te gaan experimenteren en daaruit nieuwe 'good/best practices' te genereren.

2.4 Context rondom het vraagstuk

Versnipperde verantwoordelijkheden, gebrek aan samenhang, lastige communicatie en veel gelijktijdige ontwikkelingen (dynamiek)

De context rondom het vraagstuk continuïteit van zorg kan als volgt worden samengevat:

1. Ten eerste zijn door het grote aantal stakeholders de verantwoordelijkheden versnipperd. Illustratief is het grote aantal potentieel betrokken partijen en de omvang van de werkgroep. Dit hoeft geen probleem te zijn als de regie op verschillende niveaus (stelsel en bestuurlijk niveau, beleids- en procesniveau, casusniveau) goed is belegd. Het grote aantal casussen op dit punt illustreert dat dit in de huidige situatie niet het geval is.
2. Ten tweede is er nauwelijks regie op het verbinden van de verschillende verantwoordelijkheden. De verschillende stelsels hebben eigen beleidsvisies, regels, uitvoeringsorganisaties en sturingslijnen terwijl voor de oplossingen van het vraagstuk van continuïteit van forensische zorg juist regie en samenhang vereist is.
3. Ten derde, in aanvulling op de versnipperde verantwoordelijkheden en het ontbreken van de benodigde samenhang, vergt de benodigde communicatie extra tijd en inspanning. Door het grote aantal betrokken partijen is het niet altijd mogelijk om tijdig met elkaar af te stemmen. Anderzijds vindt de communicatie in kwalitatieve zin niet altijd juist plaats doordat partijen elkaars taal niet goed spreken; de zorg, het sociaal domein, en het strafrechtketen kennen hun eigen taal en betekenis aan woorden binnen de (forensische) zorg. Door op een breder vlak samen te werken en te focussen op de cliënt (cliënt centraal) ontstaat meer gemeenschappelijke kennis, begrip en inzicht.
4. Tot slot is de omgeving waarin het vraagstuk van continuïteit van forensische zorg zich afspeelt aan verandering onderhevig en (mede daardoor) complex. In de stelsels is sprake van veel partijen en veel regelgeving; weinigen doorgronden alle stelsels en weinigen hebben een overzicht over de gehele zorgketen. Daarbij hebben de afgelopen jaren een paar grote stelselwijzigingen plaatsgevonden waardoor al vele wijzigingen en ontwikkelingen op de sectoren af zijn gekomen en worden nog een aantal veranderingen voorzien zoals de invoering van de Wet verplichte GGZ (Wvvgz). Er moet dan ook rekening worden gehouden met het feit dat alle stakeholders hun energie moeten verdelen over meerdere veranderingen en in sommige gevallen wellicht ook 'verandermoe' zijn. Daarnaast dient er blijvend aandacht te zijn of door de actuele ontwikkelingen nieuwe knelpunten ontstaan, knelpunten versterkt of verzwakt worden, of knelpunten zelfs niet meer van toepassing zijn.

2.5 De complexiteit van het vraagstuk en bijbehorende context vragen om een gezamenlijk doel en een programmatische aanpak

De kenmerken van het vraagstuk van continuïteit van zorg en de context waarbinnen dit vraagstuk zich afspeelt, vragen om een gezamenlijk doel en programmatische aanpak. Vanwege de complexiteit van de context, de verdeeldheid van kennis en verantwoordelijkheden en de benodigde regie op de verschillende partijen ziet de werkgroep de programmatische aanpak als een voorwaarde om verandering te kunnen realiseren en te komen tot effectieve oplossingen. Hierbij acht de werkgroep het noodzakelijk om een gezamenlijke doelstelling te formuleren waaraan de betrokken opdrachtgevers en andere stakeholders zich verbinden en die leidend is voor de verschillende oplossingsrichtingen die binnen het programma worden uitgewerkt.

De werkgroep adviseert een programmatische aanpak waarin de uitvoering, voortgang en regie op de inhoud van dit advies wordt belegd. Het programma start op 1 september 2015 en loopt tot en met 31 december 2016. De inschatting van deze looptijd hangt samen met de voorziene complexiteit van het vraagstuk en de bijbehorende context. Weliswaar wordt nu een aantal oplossingsrichtingen voorgesteld maar die moeten nog verder worden uitgewerkt en in de praktijk verder worden vormgegeven en geconcretiseerd. Daarnaast is tijdens de uitvoering van het programma continu afstemming en herijking nodig met alle betrokkenen of het programma op de goede weg zit en ingespeeld moet worden op veranderingen in de omgeving. Dit vergt een langere adem dan een beperkt project waarbij de omgeving en alle betrokkenen meer als een constante beschouwd worden.

3.1 Focus en doelstellingen van het programma en te behalen resultaten

De focus van dit advies ligt op het realiseren van de continuïteit van zorg voor cliënten die na afloop van detentie en/of forensische zorg in het kader van een strafrechtelijke titel vervolgzorg nodig hebben. Gezien hun zorgvraag hebben deze cliënten behoefte aan continuering van de zorg of aan een andere vorm van ondersteuning. Bovendien verkleint dit de kans op terugval en strafrechtelijke recidive. Om deze continuïteit te realiseren is het cruciaal dat betrokken ketenpartners samen de verantwoordelijkheid nemen om te komen tot een integraal en sluitend traject voor de cliënt. Dit vraagt maatwerk, creativiteit en flexibiliteit.

Het programma heeft de volgende doelstelling:

Het realiseren van continuïteit van zorg voor cliënten 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 zorg krijgen (direct) na afloop van de strafrechtelijke titel. Alle cliënten waarvoor knelpunten ontstaan op dit punt, worden met de betrokken partijen in een regionaal overleg besproken. Voor al deze cliënten wordt vervolgzorg gerealiseerd, waarbij het streven is dat eind 2017 deze overgang voor 90% vlekkeloos verloopt en passende zorg wordt gerealiseerd.

Hiervoor is een cultuurverandering nodig die resulteert in een andere werkwijze waarbij betrokken professionals:

- Verder kijken dan het eigen domein;
- Meer kennis verkrijgen van de verschillende stelsels;
- Beter op de hoogte zijn van elkaars verantwoordelijkheden;
- Tijdig afstemming realiseren over integrale en optimale ketenzorg op maat voor de cliënt.

Het programma werkt daartoe aan de onderstaande meetbare resultaten:

1. Er is bij betrokken ketenpartners en professionals meer kennis en inzicht over de verschillende stelsels, de overgangen tussen de stelsels en de financiering van de zorg;
2. De verantwoordelijkheden van ketenpartners zowel op regionaal als op landelijk niveau zijn helder en bekend en deze worden ook als zodanig ervaren;
3. De definitieve monitor voor het volgen van de doelgroep is vastgesteld en wordt gevuld;
4. Regionaal en landelijk vindt afstemming plaats over de ontwikkelingen bij de financiers. Hierdoor weten de betrokken beleidsmedewerkers, inkopers en zorgaanbieders eerder welke instroom te voorzien is;
5. Het improvisatiebudget is ingevuld, omdat 3-5% van het gecontracteerde budget flexibel is en ingezet mag worden om continuïteit van zorg vorm te geven voor de doelgroep forensische zorg waarbij de indicatiestelling en bekostiging achteraf geregeld mag worden;
6. De twee spotlight-regio's zijn bekend en er is een database met 'good practices', onderliggende 'good principles' en tussenresultaten aangelegd;

7. Betrokken partners (uit de zorg, het strafdomen en gemeenten) hebben in hun regio een overleg forensische zorg⁵ georganiseerd waarin de benodigde vervolgzorg voor de cliënt vroegtijdig (vóór het aflopen van de strafrechtelijke titel) wordt besproken. Alleen cliënten waarbij de overgang niet eenvoudig is te realiseren, worden in het overleg besproken. In deze samenwerking ervaren de betrokken partners rond een cliënt geen belemmeringen meer om maatwerk te realiseren, ondanks het feit dat de zorg wordt gefinancierd vanuit verschillende stelsels;
8. Ondanks de regionale invulling van het overleg forensische zorg zijn zij bekend met de op te stellen handreiking voor bovengenoemde regionale overlegvormen. 75% van de regio's werkt met deze handreiking om de continuïteit van zorg te faciliteren;
9. Actiegericht casusoverleg en intervisie vinden plaats en zijn structureel belegd bij het regionale overleg over cliënten die uitstromen uit de forensische zorg en detentie;
10. Zorgpartners zijn bereid elkaars indicatiestelling over te nemen (gedurende minimaal 90 dagen).

Deze resultaten dienen op 31 december 2016 bereikt te zijn. Tabel 2 geeft weer op welke wijze de tien resultaten bijdragen aan de vijf genoemde knelpunten in paragraaf 1.2. Indien een resultaat bijdraagt aan het oplossen van meerdere knelpunten, is met sterren aangegeven aan welk knelpunt het het meeste bijdraagt. Door de samenhang tussen de verschillende resultaten binnen het programma, bestaat ook een indirecte relatie tussen alle resultaten en knelpunten.

		Knelpunten				
		Onzekerheid over de financiering van de zorg	Best passende zorg is lastig te realiseren	Passende zorg is niet beschikbaar (wachlijsten)	Discontinuïteit in vervolgzorg na detentie	Onduidelijkheid over het stelsel waaronder een cliënt valt
Resultaten	1. Meer kennis en inzicht					★★★
	2. Verantwoordelijkheden zijn helder		★★★			
	3. Definitieve monitor			★★★		
	4. Afstemming voorzienbaarheid			★★★		
	5. Improvisatiebudget	★★★		★★		
	6. Twee spotlight-regio's		★★★			
	7. Overleg forensische zorg		★★★		★	★★
	8. Handreiking regionale overlegvormen		★★			★★★
	9. Actiegericht casusoverleg en intervisie	★★★			★★	
	10. Overnemen indicatiestelling		★★★			

Tabel 2. Samenhang ervaren knelpunten en resultaten programma

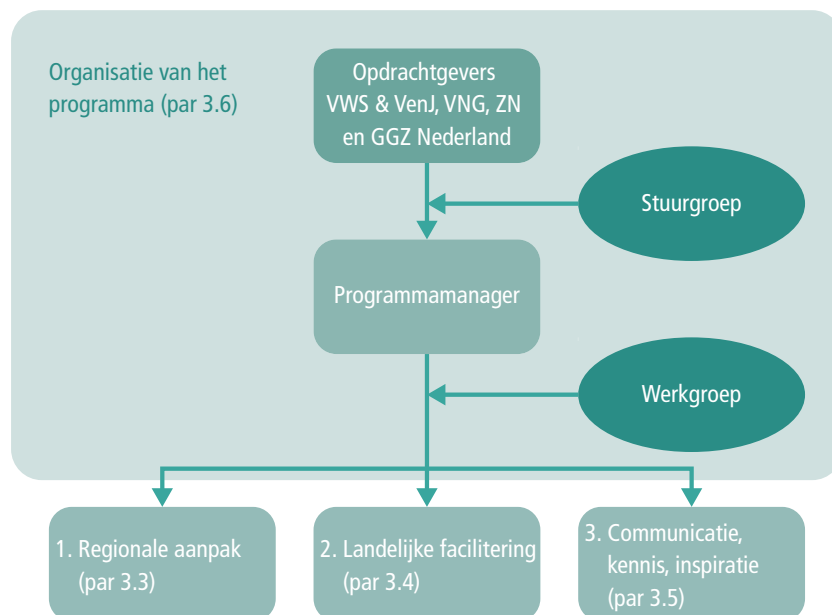
- 5 De werkgroep ziet het Veiligheidshuis als een logische plaats om dit overleg te laten plaatsvinden en de expertise op het terrein van straf en zorg te organiseren. De invulling, de betrokkenheid van partijen en het functioneren van de Veiligheidshuizen verschilt sterk per regio. De exacte invulling dient per regio vastgesteld te worden door gemeenten en betrokken partners.

3.2 Inhoud van het programma

De inhoud van het programma kent drie niveaus:

1. Regionale aanpak;
2. Landelijke facilitering;
3. Communicatie, kennis en inspiratie.

Figuur 1 geeft een overzicht van de drie niveaus en op welke wijze de organisatie van het programma wordt ingericht. In de volgende paragrafen worden de activiteiten per niveau uitgewerkt.



Figuur 1. Organisatie van het programma

3.3 Regionale aanpak

Verschillende taken, afspraken en verantwoordelijkheden worden op regionaal niveau belegd. De afspraken en verantwoordelijkheden worden per regio in een regionaal convenant vastgelegd.

3.3.1 Regionaal overleg over uitstromende cliënten uit de forensische zorg en detentie

Op basis van aangedragen casuïstiek en oplossingsrichtingen blijkt dat een belangrijk aanknopingspunt ligt in de regionale of lokale context. De mate van samenwerken, bekendheid, kennisuitwisseling en onderlinge afstemming rond de (forensische) zorg voor cliënten draagt bij aan het eenvoudiger en effectiever regelen van de benodigde zorgketen voor de doelgroep. Belangrijke speerpunt van het programma is daarom het helpen implementeren van regionale samenwerking en overlegstructuren tussen partijen in de regio voor het organiseren van continuïteit van zorg.

Doel van regionale samenwerking is te komen tot afstemming op het niveau van individuele cliënten (casusniveau) en tot afstemming van beleid tussen diverse betrokken instanties en organisaties. De regionale samenwerking dient zo veel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande organisatiestructuren. Een voorbeeld hiervan zijn de Veiligheidshuizen of regionaal gevormde samenwerkingsorganisaties tussen zorgaanbieders en gemeenten. De exacte invulling dient per regio vastgesteld te worden.

3.3.2 Casusniveau en beleidsmatig overleg

Het overleg is deels op casusniveau en deels op beleidsmatig niveau.

Casusniveau

Op casusniveau richt het overleg zich op het bespreken van (complexe) casuïstiek; cliënten waarbij reguliere afspraken geen oplossing bieden. In het overleg worden bijbehorende oplossingen besproken voor individuele cliënten. Ook wordt geïdentificeerd of zich structurele systeemfouten voordoen in het organiseren van zorgketens tussen de verschillende ketenpartners. Deze structurele systeemfouten zijn input voor het overleg op beleidsmatig niveau. Tevens kan dit overleg worden benut om onderwerpen te bespreken die alle aanwezige ketenpartners raken. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de doelgroep 'verwarde personen' die veelal te maken krijgt met de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) (het Wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)) en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ). Ook dit is een gezamenlijk probleem, wat een gezamenlijke aanpak behoeft.

Deelnemers aan het casusoverleg zijn uitvoerende professionals afkomstig van onder andere de gemeente, zorgaanbieders, wijkteams, verwijzers en indicatiestellers (inclusief de reclassering). Van belang is dat de deelnemers over voldoende kennis, overzicht en mandaat beschikken en daarnaast de opvolging en communicatie van de uitkomsten uit het actie/oplossingsgerichte casusoverleg kunnen verzorgen. In ieder geval worden plaatsingsfunctionarissen en nazorgcoördinatoren van genoemde organisaties bij het casusoverleg betrokken. Het casusoverleg genereert tevens input voor het beleidsmatig overleg (onder andere casusoverstijgende knelpunten, systeemfouten, specifieke behoefte aan behandelaanbod, et cetera).

Beleidsmatig niveau

Het beleidsmatig overleg is meer toekomstgericht. Naast afstemming over knelpunten en werkwijzen vindt afstemming plaats over het beleid van de afzonderlijke financiers in de regio en het gewenste aanbod zowel in kwaliteit (inclusief maatwerk) en kwantiteit. Deelnemers aan het beleidsoverleg zijn beleidsprofessionals afkomstig van onder andere gemeenten, zorgaanbieders, verwijzers en de inkopers van de verschillende financiers (DForZo, zorgverzekeraars en gemeenten⁶). Het heeft als doel dat de verschillende financiers weten welke ontwikkelingen te voorzien zijn en hierover informatie uitwisselen (zie ook paragraaf 2.4.3). Ook het inrichten van processen om de continuïteit van zorg na tbs, na detentie, na forensische zorg te realiseren, vindt vanuit het beleidsmatige overleg plaats. Alsmede het maken van afspraken over benodigde 'improvisatieruimte' bijvoorbeeld rond bekostiging van zorg⁷, verantwoording en de benodigde indicatiestelling. Tot slot vindt hier de vertaalslag plaats van landelijk ontwikkelingen naar de regio.

De mate van succes van dit overleg hangt onder meer af van de doorzettingskracht van dit overleg.

3.3.3 Regionaal overleg als taak binnen het Veiligheidshuis

Om te voorkomen dat een nieuwe overlegstructuur moet worden ingericht (zowel regionaal als landelijk) is gekeken naar bestaande structuren die hiervoor kunnen worden (her)ingericht. Een door de werkgroep passende structuur wordt gezien in de Veiligheidshuizen. Voordeel is dat al veel actoren waaronder de (centrum)gemeente, het Openbaar Ministerie en de politie zich met en aan elkaar committeren om op regionaal niveau afgestemd en coherent invulling proberen te geven aan een integrale, persoonsgerichte aanpak van de combinatie van straf en zorg voor complexe doelgroepen. De doelgroep waarop dit advies betrekking heeft valt al deels binnen de bestaande focus van de Veiligheidshuizen en is daarmee dus niet (geheel) nieuw. Tevens is er een landelijke Stuurgroep Veiligheidshuizen, gecoördineerd door de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), waarin op bestuurlijk niveau reeds veel actoren zijn aangesloten waardoor het mogelijk is op te schalen naar het landelijk niveau.

6 Voor DForZo en zorgverzekeraars kan een capacitair knelpunt ontstaan om deze regionale betrokkenheid in voldoende mate waar te maken. In de uitvoering van het programma wordt een passende vorm aangereikt om dit overleg praktisch haalbaar te maken.

7 Het delen van deze informatie vindt plaats passend binnen de kaders van de mededingingswet en gaat dan ook op geen enkele wijze in tegen de ACM.

Om te voorkomen dat reeds bestaande overlegstructuren binnen de Veiligheidshuizen doorkruist worden, wordt voorgesteld om het overleg (in principe) binnen de Veiligheidshuizen te beleggen. Vanwege regionale verschillen in de organisatie van het Veiligheidshuis, of soortgelijke structuren, moet per regio bekeken worden of de Veiligheidshuizen de meest passende vorm is. De betrokken stakeholders, waaronder een vertegenwoordiging van de verschillende inkopers (te weten het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ)/

DForZo, de zorgverzekeraars en de gemeente) moeten zitting hebben, evenals de aanbieders op de specifieke segmenten van zorgverlening, begeleiding en wonen. Deze oplossing vraagt (naar onze verwachting) een verbreding van de taakstelling van de Veiligheidshuizen. Daarnaast is het advies om een aantal andere overleggen hier onder te brengen zoals het overleg met gemeenten over plaatsing van ex-tbs'ers of bijvoorbeeld de actuele overleggen over de problematiek verwarde personen. Dit resulteert in een stevigere positie van het Veiligheidshuis op het snijvlak van straf en zorg.

3.3.4 Opstellen handreiking werkwijze regionaal overleg

Vanuit het programma wordt een handreiking opgesteld voor de werkwijze van het regionale overleg. Deze handreiking wordt opgesteld door de werkgroep. Dit draagt bij aan het draagvlak en een brede inhoudelijke bijdrage door de veelheid van betrokkenen. De handreiking wordt in het derde kwartaal 2015 ontwikkeld en in het vierde kwartaal getest in twee regio's of Veiligheidshuizen. Deze test dient enerzijds om de handreiking aan te scherpen en 'Q&A's' te ontwikkelen; anderzijds om bewijslast te genereren dat daadwerkelijk tot resultaten leidt. Vervolgens zorgt het programma voor verdere verspreiding van de handreiking en indien gewenst toelichting en ondersteuning in de regio bij vragen rond de toepassing ervan.

De volgende 'ingrediënten' krijgen een plek in de handreiking:

1. Casusoverleg waarin afspraken gemaakt worden over:
 - a. De cliënten die in het casusoverleg worden besproken:
 - Een voorstel om de scope van het overleg vast te stellen (bijvoorbeeld inclusief of exclusief jeugdigen);
 - Een voorstel om de top X vast te stellen van cliënten die worden besproken;
 - b. De vormgeving van casusoverleg en het organiseren van oplossingen;
 - c. Afspraken over regie, alsmede omgaan met instroom, doorstroom, uitstroom (werken met uitstroomcoördinatoren, trajectkaarten, et cetera);
 - d. Omgaan met verschil in definitie en beleving van het 'gevaarscriterium' tussen de strafrechtelijke forensische zorg en reguliere zorg, respectievelijk recidivegevaar versus gevaar voor de persoon zelf en/of zijn omgeving;
 - e. Signalering van mogelijke problemen, oplossingen en escaleren (wanneer en hoe);
 - f. Voeden van het beleidsoverleg;
 - h. Vormgeven intervisie en kennisdeling.
2. Beleidsmatig overleg waaronder zorginkoop regionaal met Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), grootste Zorgverzekeraar(s), zorgaanbieders en centrumgemeente over:
 - a. Afwegingskader voor bepalen van de doelgroep, gezamenlijk vaststellen op welke groep het overleg zich gaat richten en wat ongeveer de omvang is;
 - b. Benutting van capaciteit (instroom, doorstroom en uitstroominformatie) en afstemmen van voldoende beschikbaarheid. Hierbij ook aandacht voor voldoende plekken in de reguliere GGZ met een hoge verblijfsintensiteit, waaronder Klinisch Invenstieve Behandeling (KIB) en acute opnameplekken;
 - c. Organisatie van de toegang (indicatiestelling en plaatsing):
 - Ontwikkelen van een gezamenlijke werkwijze met betrekking tot benutten improvisatieruimte;
 - Tussen partijen (indicatie, zorgaanbieders, justitieel systeem);
 - Procesverloop, afstemming binnen de keten;
 - Tussen zorgaanbieders (flexibiliteit in financiën);
 - Consultatie en advies/bekostigen multiproblematiek met gesloten beurs;
 - Tijdelijk op- en afschalen/overplaatsen via onderaanneming;

- d. Eventuele afspraken over flexibiliteit in bekostiging (noodzakelijk als voor grotere aantallen personen meer flexibiliteit in bekostiging nodig is):
 - Schuiven tussen budgetten om het mogelijk te maken om tijdelijk in het zorgaanbod te kunnen op- en afschalen met als doel om tijdelijk de zorg of beveiligingsintensiteit te verhogen;
 - Toepassing van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregel doelgroep forensische zorg - geneeskundige GGZ;
 - Flexibel budget om het mogelijk te maken om de consultatiefunctie te financieren zodat bijvoorbeeld consultatie van forensische (f)-ACT-teams aan reguliere GGZ (f)-ACT-teams of de OGGZ betaald kan worden;
- e. Beschikbaar woningaanbod, benodigde capaciteit beschermd wonen en begeleid wonen.

3.4 Landelijke facilitering

Voor een aantal oplossingsrichtingen is het nodig dat ook landelijke partijen betrokken worden en gefaciliteerd om tot werkafspraken te komen. Het programma gaat de volgende oplossingsrichtingen landelijk faciliteren. Gedurende het programma wordt een landelijk convenant opgesteld waarin de afspraken en verantwoordelijkheden belegd worden.

3.4.1 Monitor voor inzicht in de aard en omvang van de doelgroep

Ten behoeve van adequate afstemming over de continuïteit is het nodig om informatie te hebben over de aard en de omvang van de doelgroep. Dit inzicht is nodig op landelijk en regionaal niveau. Alhoewel het gaat over een relatief kleine groep is het wel een groep met een chronische/langdurige en vaak intensieve zorgvraag. Het maakt inzichtelijk om hoeveel cliënten het gaat en brengt de omvang van de te verwachten zorgbehoefte in beeld. Dit is tevens nodig voor het tijdig maken van inkoopafspraken voor deze groep cliënten.

In de aanleiding van dit advies en 'de onderzoeksrapportage doelgroep continuïteit van zorg' is een eerste beeld gegeven van de omvang van de doelgroep. Hoewel dit een goed landelijk beeld geeft, is een structurele monitor nodig om regionale effecten in kaart te brengen en gegevens die tot op heden onbekend zijn (over voor- of nazorg) aan te vullen. Op basis van de resultaten van de huidige uitvraag en de landelijke en/of regionale informatiebehoefte wordt vastgesteld wat nodig is om in de informatiebehoefte van alle partijen te voorzien. Dit betreft zowel de informatiebehoefte van de regionale uitvoerende partijen als van de landelijke beleidsmakers. Denk hierbij aan informatie over regionale verschillen, leeftijd van de cliënten en welke aard van ondersteuning deze cliënten nodig hebben. Daarnaast dient inzicht te worden gegeven in de ontwikkelingen van de doelgroep in een meerjarenperspectief. Dit kan worden gedaan door naar de diverse beleidsontwikkelingen binnen de diverse stelsels te kijken.

De werkgroep adviseert om een monitor op te stellen die zo veel mogelijk is gebaseerd op bestaande registraties. Idealiter worden ten behoeve van deze monitor verschillende databronnen aan elkaar gekoppeld (van DForZo, zorgverzekeraars (Vektis), zorgkantoren en gemeenten). Aangezien dit privacygevoelige informatie betreft, dient er gebruikgemaakt te worden van een beveiligde koppeling (Zorg TTP). De verwachting is dat samen met partijen die veel ervaring hebben met het uitvoeren van dergelijke onderzoeken en het koppelen van deze informatie (zoals Vektis) direct bij de start van het programma gestart kan worden met de opzet van deze monitor. Hierdoor kan snel in beeld worden gebracht welke informatie verzameld kan worden via bestaande registraties en welke aanvullende bronnen nodig zijn, zoals registraties bij zorgaanbieders of prestatie-indicatoren. Voor de aanvullende bronnen adviseert de werkgroep om deze vragen zo tijdig mogelijk met zorgaanbieders af te stemmen. Uit de huidige uitvraag bij zorgaanbieders volgde dat door de jaarlijkse verandering in de prestatie-indicatoren zij hun systemen niet altijd tijdig kunnen aanpassen op de vraag van externe partijen (zie hiervoor ook de aanbevelingen uit de onderzoeksrapportage).

3.4.2 Afspraken over tijdelijke overname indicatiestelling, creëren van een overgangstermijn tussen de stelsels

Op basis van de genoemde knelpunten rond de indicatiestelling stelt het programma voor om met alle betrokkenen (onder andere VenJ, gemeenten, GZ-zorgaanbieders, huisartsen, psychiaters, zorgverzekeraars, Centrum Indicatiestelling Zorg) afspraken te maken over het voortzetten van zorg na afloop van een forensische zorgtitel.

Hier is de intentie dat de inhoud van de 'oude indicatiestelling' wordt overgenomen voor een periode van maximaal 90 dagen, tot de nieuwe opdrachtgever de indicatie heeft gesteld. Bij uitzondering kan een eenmalige verlenging plaatsvinden van nogmaals 90 dagen. De nieuwe stelseigenaar is hierbij al wel financieel verantwoordelijk. Hierbij wordt zorg, indien noodzakelijk geacht, altijd gecontinueerd waarbij tevens recht wordt gedaan aan de wens van zeggenschap van de nieuwe financier over de indicatiestelling. Indien de nieuwe stelseigenaar erin slaagt de indicatie eerder te stellen, dan is de indicatie van de nieuwe stelsel-eigenaar uiteraard van toepassing. Belangrijke voorwaarde om dit te laten slagen is vertrouwen in de professionaliteit van de ketenpartners onderling.

Binnen het programma wordt samen met de VNG, de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), VenJ, GGZ Nederland en zorgverzekeraars verder uitgewerkt hoe dit in de praktijk vormgegeven kan worden, welke termijnen gehanteerd worden, hoe de communicatie hierover dient plaats te vinden en wie er op welk moment betrokken moet zijn. Bij de uitwerking van de afspraken van de tijdelijke overname van de indicatiestelling wordt gestreefd naar het vastleggen van de resultaten in het gezamenlijke landelijk convenant.

Tot slot is van belang op welke wijze deze afspraken vastgelegd moeten worden. Het programma streeft ernaar om de afspraken rond de tijdelijke overname indicatiestelling vast te stellen binnen de stuurgroep. Vanuit het programma kan regionaal gemonitord worden hoe dit loopt in de uitvoering en in hoeverre verschillen zitten in de indicatiestelling voor dezelfde persoon/zorgvraag tussen de verschillende stelseigenaren. De (keten) managers van het regionale overleg kunnen hierin een aanspreekpunt vormen.

3.4.3 Voorzienbaarheid en planning ontwikkelingen cliëntenstromen

Vanuit het programma wordt landelijk afstemming georganiseerd over de voorzienbaarheid en planning van de ontwikkeling van cliëntenstromen. Deze afstemming richt zich op cliëntenstromen tussen de forensische zorg, de reguliere GGZ (Zvw en WIZ) en de zorg in het kader van de Wmo (beschermd wonen en begeleiding). Dit moet het knelpunt oplossen dat er in het ene wettelijke kader capaciteit wordt afgebouwd, maar dit in andere kaders niet tijdig wordt opgebouwd, het zogenaamde waterbedeffect (bijvoorbeeld ten behoeve van de opbouw van (forensische) (f)-ACT).

DJI en verzekeraars zijn hierover reeds in gesprek geweest naar aanleiding van het advies Stoomris en Delict met als doel om meerjarige afspraken te maken over de zorginkoop ten behoeve van de doelgroep. Op dat moment bleek deze ambitie te hoog gegrepen, mede door de regelgeving vanuit de mededingingswet. De voorgestelde afstemming binnen het programma richt zich vooral op het elkaar informeren van de verschillende ontwikkelingen in de stelsels, de ontwikkelingen binnen de zorginkoop en daarmee het mogelijk maken voor betrokken ketenpartners om te anticiperen op de behoefte aan voor- en nazorg rondom een forensische zorgtitel en het delen van goede oplossingen.

Het programma organiseert twee keer per jaar dit afstemmingsoverleg, net na het maken van de inkoopafspraken (voorjaar) en in de loop van het jaar als de uitnutting van de afspraken duidelijker worden. Vanuit het programma wordt de agenda opgesteld en afgestemd met de betrokkenen en wordt het overleg gezamenlijk inhoudelijk voorbereid. Het programma betreft hierbij naast DForZo en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ook een aantal grotere zorgverzekeraars en centrumgemeenten.

De volgende onderwerpen worden onderdeel van de afstemming⁸:

1. Het elkaar informeren over het ingezette beleid;
2. Het inzichtelijk maken van DForZo van de door haar gemaakte afspraken over volumes tbs en overige forensische zorg toegespitst op de regio;
3. Het delen van informatie over plaatsing in de forensische zorg en de verwachte duur en inhoud van de forensische zorg;
4. Het op basis van historie delen van informatie over de verwachte benodigde nazorg (onder andere op basis van de voorgestelde monitor);
5. Het delen van informatie met zorgverzekeraars over succesvolle wijzen van het organiseren van nazorg;

⁸ Het delen van deze informatie vindt plaats passend binnen de kaders van de mededingingswet.

6. Het delen van informatie door zorgverzekeraars over de door hen gemaakte afspraken rond afbouw en uitbreiding van klinische capaciteit en volumes;
7. Het delen en bespreken van de door zorgverzekeraars gesignaleerde afstemming vraagstukken bij zorgaanbieders;
8. Het gezamenlijk verkennen van oplossingen voor gesignaleerde knelpunten.

Deze inzichten zijn ook voor gemeenten van groot belang aangezien zeker 400 cliënten per jaar na afloop van een titel zorg ontvangen in beschermd wonen. Dit kan regionaal sterk verschillen.

In de praktijk kan dit resulteren dat in bepaalde centrumgemeenten geen enkele cliënt instroomt na afloop van een strafrechtelijke titel en andere regio's een onevenredig grote instroom te verwerken krijgen. De voorgestelde monitor moet hiervoor een handvat vormen, zodat bij de verdeling van middelen op het niveau van centrumgemeenten er rekening kan worden gehouden met de regionale verschillen.

3.4.4 Opstellen van een overzicht en beschrijving van betrokken partijen en processen rond de doelgroep

Ten behoeve van kennis en inzicht voor alle relevante betrokken partijen wordt een overzicht opgesteld met een beschrijving van de verschillende zorgstelsels, welke taken en verantwoordelijk de betrokken partijen hebben en hoe deze worden uitgevoerd door betrokken partijen. Hierbij komen bijvoorbeeld aan de orde de processen rond indicatiestelling, zorgtoewijzing/plaatsing, zorginkoop, levering van zorg, typen zorgaanbieders, kwaliteit, facturatie. Dit overzicht wordt landelijk ontwikkeld en kan regionaal worden ingevuld.

3.5 Communicatie, kennis en inspiratie

Naast het feitelijk uitwerken en het helpen implementeren van oplossingsrichtingen gaat het programma een bijdrage leveren aan de noodzakelijke communicatie, kennisverspreiding en inspiratie.

16

3.5.1 Communicatie

Het programma is verantwoordelijk voor het vergroten van kennis en mogelijkheden van continuïteit van zorg voor alle betrokkenen. Hiertoe communiceert het programma over de activiteiten die ondernomen worden binnen het programma richting partijen. Tevens zorgt het programma ervoor dat relevante informatie over landelijk ontwikkelingen terechtkomt op de juiste plekken in de regio. Het programma vormt de brug tussen de landelijke en regionale niveaus. Zo wordt vanuit het programma de communicatie en afstemming geregeld over relevante lopende trajecten zoals de ontwikkelingen rond de NZa beleidsregel, de voortgang van het traject Harmonisatie Indicatiesstelling, de voortgang van implementatie van nieuwe wetgeving zoals de Wvvgg, toegangscriteria voor de Wlz voor GGZ, informatie rond de doelgroep, rond het gebruik van (gezamenlijke) informatie en ICT-systemen, et cetera.

Naast de communicatie over relevante onderwerpen is het de bedoeling dat het onderwerp op de bestuurlijke agenda's komt en blijft van alle ketenpartners. Dit is van belang om betrokkenen op de hoogte te houden van de voortgang en blijvende bekendheid en draagvlak te genereren. Het is de taak van de programmamanager om, in nauwe afstemming met de ketenpartners, te zorgen dat het onderwerp op de agenda's komt en op welke manier. Ook is het van belang overlap te voorkomen en aangehaakt te blijven bij de andere initiatieven die spelen zoals de problematiek rondom de verwarde personen.

3.5.2 Kennis en inspiratie: Organiseren van Invitational Conferences rond 'Continuïteit van zorg'

Belangrijke doelstelling van het programma is dat kennis wordt uitgewisseld, dat organisaties en professionals elkaar leren kennen en dat voortgang geboekt wordt in het inhoudelijk uitwerken van producten. Hiertoe wordt aan het begin en aan het einde van het programma een 'Invitational Conference' georganiseerd. De eerste 'Invitational Conference' vindt begin 2016 plaats. Hierbij wordt de inhoud van het programma toegelicht en worden de eerste resultaten en deelresultaten gepresenteerd en de betekenis daarvan voor alle betrokken zorgpartners. De 'Invitational Conference' aan het einde van het programma staat in het teken van het verspreiden en toelichten van de resultaten en afsluiting van het programma. Doelgroep van deze 'Invitational Conference' zijn de verschillende inkopers/opdrachtgevers, beleidsmedewerkers van gemeenten,

zorgverzekeraars en zorgaanbieders, reclasseringsmedewerkers, behandelcoördinatoren bij zorgaanbieders, medewerkers van een Penitentiaire Inrichting (PI) en forensisch psychiatrische centra, (keten)managers van de Veiligheidshuizen, et cetera.

3.5.3 Overzicht 'best practices'

Het programma maakt inzichtelijk wat in welke regio's ondernomen wordt op het gebied van continuïteit aan zorg en verspreidt dit. Er wordt onder meer een website of een forum aangelegd met 'best practices' en contactpersonen en reeds ontwikkelde werkwijzen.

3.6 Organisatie van het programma

3.6.1 Opdrachtgeverschap

Ten behoeve van het opdrachtgeverschap adviseert de werkgroep de huidige opdrachtgevers in stand te houden en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de gemeenten in de vorm van de VNG aan te haken. Reden hiervoor is dat de gemeenten steeds belangrijkere opdrachtgevers worden om de continuïteit van zorg voor de doelgroep te realiseren. Het programma heeft als opdrachtgevers:

- a. De betrokken ministeries: VenJ en VWS;
- b. De vertegenwoordiging van de zorgaanbieders: GGZ Nederland;
- c. Namens de zorgverzekeraars: ZN;
- d. Namens de gemeenten: VNG.

Deze opdrachtgevers leggen in een gezamenlijke opdrachtformulering vast welke afspraken ze maken over de inhoud en resultaten van het programma en de financiering. Onderdeel van de opdrachtformulering wordt een plan van aanpak waarin de resultaten worden beschreven, een globale planning, de gevraagde tijdsinvestering van de opdrachtgevers en een begroting. Dit advies vormt de basis voor deze inhoudelijke afspraken. De werkgroep adviseert de huidige stuurgroep en werkgroep in stand te houden omdat alle partijen daarin vertegenwoordigd zijn. De cliëntenorganisaties worden over de inhoud en voortgang van dit programma geïnformeerd en wordt besproken hoe eventuele betrokkenheid vorm kan krijgen.

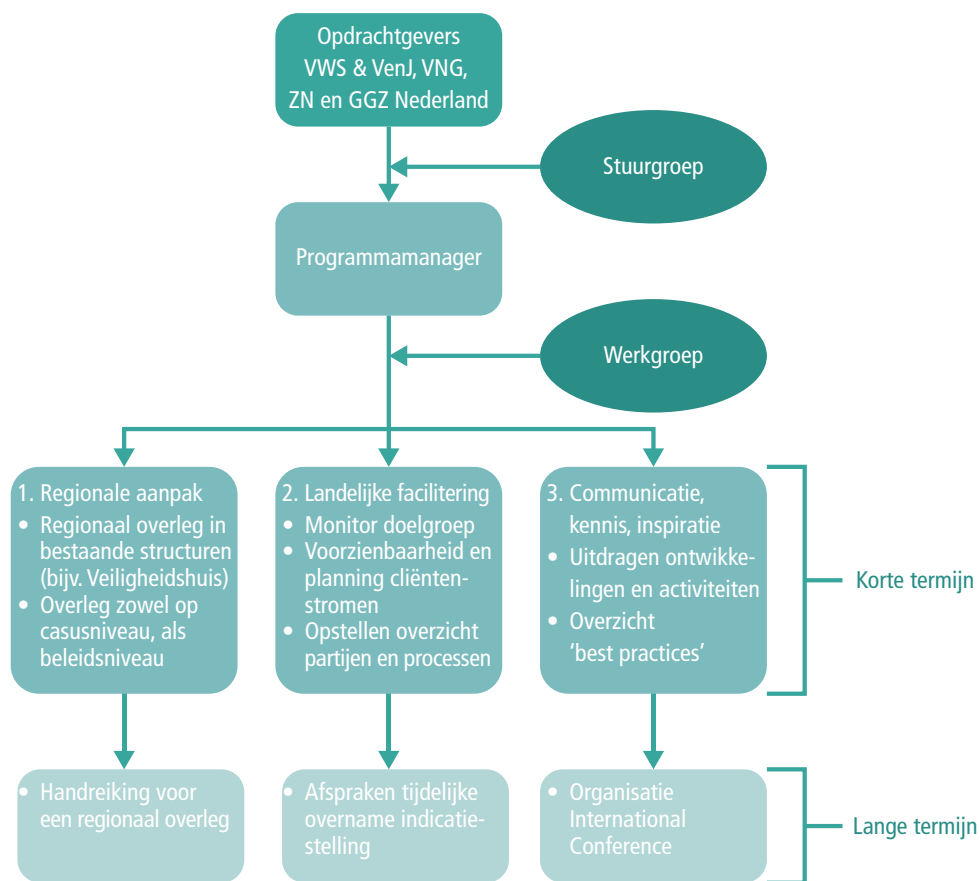
De opdrachtgevers krijgen een aanspreekpunt in de vorm van een programmamanager. Deze programmamanager moet aangesteld worden en wordt verantwoordelijk voor de voortgang, de sturing en de monitoring op de uitvoering van het programma. Daarnaast is de programma manager verantwoordelijk voor de afstemming met alle betrokken ketenpartners over de voortgang en legt rechtstreeks verantwoording af aan de stuurgroep⁹. Tot slot stemt de programmamanager de resultaten van het programma Continuïteit van Zorg af in het bestuurlijk overleg dat het Plan van Aanpak Verwarde personen begeleidt.

Praktisch houdt dit in dat de resultaten van het programma Continuïteit van Zorg in het bestuurlijk overleg dat het Plan van Aanpak Verwarde personen begeleidt, wordt ingebracht. De doelgroepen van beide trajecten zijn aanvullend aan elkaar in de zin dat het programma Continuïteit van Zorg zich grofweg zal focussen op de uitstroom uit forensische zorg en detentie, terwijl de focus binnen de verwarde personen aanpak juist meer ligt op het zorgdragen van instroom in zorg van deze groep.

Beide trajecten vallen onder eenzelfde beslissend bestuurlijk gremium, maar worden gescheiden aangevlogen. Met andere woorden: één bestuurlijk gremium, mede vanwege de overlap in betrokken organisaties en beslis-sers, geeft twee verschillende opdrachten die elk programmatisch worden ingestoken.

De programmamanager wordt in principe aangesteld voor de periode tot en met 31 december 2016 en wordt door de gezamenlijke opdrachtgevers gefinancierd. De resultaten van het programma worden jaarlijks geëvalueerd door de opdrachtgevers op basis van eerder genoemde (tien) resultaten. Het ligt voor de hand om de aanstelling en facilitering van de programmamanager bij GGZ Nederland te beleggen. Daarnaast is het raadzaam dat iedere opdrachtgever een projectleider/aanspreekpunt aanstelt vanuit de organisatie. Figuur 2 geeft een overzicht van de verschillende programmaonderdelen en de bijbehorende activiteiten.

⁹ De stuurgroep komt grotendeels overeen met de huidige betrokkenen in de stuurgroep.

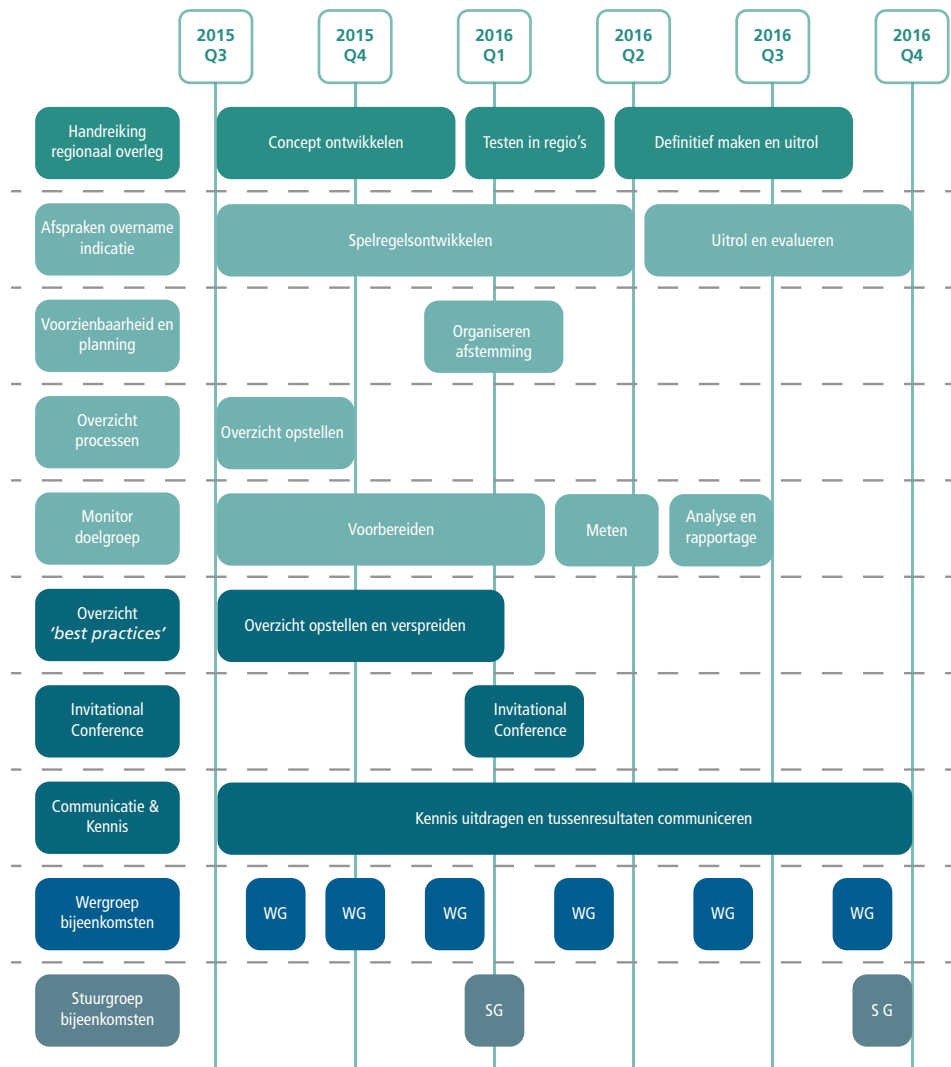


Figuur 2. Overzicht programmaonderdelen en activiteiten

3.6.2 Planning op hoofdlijnen en tijdsinvestering

In figuur 3 (op de volgende pagina) staat de planning op hoofdlijnen uitgewerkt. In de figuur wordt grofweg aangegeven op welk moment gestart wordt met de activiteiten en wanneer daarvan resultaten verwacht worden. Met vrijwel alle activiteiten wordt direct gestart. De verwachting is dat de activiteiten rond het ontwikkelen van de handreiking voor het regionaal overleg, de monitor van de doelgroep en de overname van de indicatiestelling de langste doorlooptijd vragen. De overige activiteiten kunnen op korte termijn gerealiseerd worden.

De programmamanager monitort de voortgang van het programma en stuurt zo nodig bij in afstemming met de stuurgroep.



Figuur 3. Globale planning van het programma

