

Programma  
Continuïteit van zorg

**Onderzoek naar de beletselen in de continuïteit  
van zorg voor met mensen met gevaarlijk,  
agressief en ontwrichtend gedrag die geen  
juridische titel (meer) hebben.**



13 april 2017  
[www.continuiteitvanzorg.nl](http://www.continuiteitvanzorg.nl)

## Colofon

Dit onderzoek is uitgevoerd door Andersson Elffers Felix in opdracht van het landelijk Programma Continuïteit van zorg.

Het Programma Continuïteit van zorg werkt aan passende en aansluitende zorg voor cliënten na afloop van een periode in de forensische zorg en/of detentie door verbetering van de overgang van de forensische zorg naar de reguliere zorg.

De looptijd van dit landelijk programma is van 1-1-2016 t/m 1-7-2017. Zie voor meer informatie ook [www.continuiteitvanzorg.nl](http://www.continuiteitvanzorg.nl)

### Datum

18 april 2017

### Contact met auteurs

Frank Candel – [f.candel@aef.nl](mailto:f.candel@aef.nl)

Peter Wijga - [p.wijga@aef.nl](mailto:p.wijga@aef.nl)

### Contact met Andersson Elffers Felix

Maliebaan 18, Postbus 85198, 3508 AD Utrecht

(+31)30 – 236 30 30

[mail@aef.nl](mailto:mail@aef.nl)

Referentie van dit onderzoek

AG211-4-6(R.50)



## Samenvatting

In opdracht van het programma Continuïteit van zorg heeft Andersson Elffers Felix (AEF) een onderzoek uitgevoerd naar de beletselen in de continuïteit van zorg voor mensen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die geen juridische titel (meer) hebben.

### Aanleiding en context

De zorg voor deze kwetsbare doelgroep is belegd bij een complexe keten. De betrokken personen hebben één of meerdere strafrechtelijke maatregelen of civiele titels gehad en maken in hun 'carrière' gebruik van een grote diversiteit aan zorg, beveiligings- en begeleidingsproducten. Er zijn vier financiers die afhankelijk van de rechtsgrond de zorg financieren (DJI, zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten).

In 2007 is het stelsel van forensische zorg ingrijpend gewijzigd. Het ministerie van Veiligheid en Justitie heeft de verantwoordelijkheid gekregen voor alle forensische zorg in strafrechtelijk kader en de inkoop belegd bij DForzo/JJI. De forensische zorg zonder strafrechtelijk kader is belegd bij de reguliere zorg (ggz, VG) waarbij op civielrechtelijke gronden dwang en drang kan worden toegepast. Ook al is er toenadering te zien, de verschillen tussen reguliere en forensische zorg zijn soms nog groot. Er wordt een andere taal gesproken met andere paradigma's.

Er loopt een drietal wetgevingstrajecten die impact hebben op de werking van het stelsel; de Wet forensische zorg (Wfz), de Wet Verplichte ggz (Wvvggz) en de Wet zorg & dwang (Wzd). Vooruitlopend op de besluitvorming en invoering van deze wetten is de werkgroep Continuïteit van zorg gestart als uitvloeisel van een traject vanuit het ministerie van V&J voor de verkorting van de TBS-duur. Het programma is gestart in 2016 met financiering van het ministerie van VWS, het ministerie van V&J, VNG, GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Het doel van het programma is om de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg te verbeteren. Door verschillende incidenten is duidelijk naar voren gekomen dat deze overgang nog beter georganiseerd moet worden.

### Beschrijving van de doelgroep

De doelgroep in dit onderzoek is als volgt gedefinieerd: Personen die als gevolg van een ernstige psychische aandoening en/of chronisch middelengebruik en/of een (licht) verstandelijke beperking na hun strafrechtelijke titelperiode of rechterlijke machtiging overlastgevend, agressief, gevaarlijk en/of destructief gedrag vertonen. Er is vaak sprake van langdurige, terugkerende en moeilijk beheersbare problematiek.

Deze doelgroep vraagt om een forensische benadering, ook als dat in civielrechtelijk kader is. Binnen de forensische zorg is meer kennis van risicomanagement, omgang met deze categorie ernstige psychiatrische aandoeningen, omgang met gedragsstoornis en is meer aandacht voor co-morbiditeiten als LVB en verslaving.

Er is geen duidelijk beeld van de omvang van deze doelgroep. Een extrapolatie van de doelgroep die bij Veiligheidshuizen in beeld is met EPA en terugkerende strafrechtelijke episodens komt op een schatting van rond de 3.000 tot 5.000 personen in Nederland.

### Beletselen in de continuïteit van zorg

In totaal zijn in dit onderzoek 26 beletselen geïnventariseerd. Voor een deel van deze beletselen zijn al maatregelen genomen zoals de invoering van de Wfz, Wvvggz en Wzd en andere maatregelen die door ketenpartijen en overheid al zijn ingezet. We focussen in dit

rapport op de drie meest cruciale beletselen waarvoor nog onvoldoende maatregelen in beeld zijn:

- De belemmeringen bij de toegang tot 'beveiligde' zorg zonder strafrechtelijke titel.
- Het ontbreken van een levensloopfunctie voor deze doelgroep.
- Belemmeringen in de doorstroom naar woonvoorzieningen en ambulante zorg.

### **Plaatsing en inkoop van beveiligde zorg zonder strafrechtelijke titel**

We constateren dat in de Zvw- en Wlz-markt zorgverzekeraars en instellingen niet in staat zijn om voldoende capaciteit voor beveiligde zorg te organiseren voor mensen zonder strafrechtelijke titel. Beveiligde zorg gaat niet alleen over fysieke beveiliging maar ook over forensische expertise en een behandelintensiteit die ruimte bieden om in te spelen op de behoefte van de doelgroep zoals het bieden van structuur en gedragsinterventies.

Bij veel reguliere zorgaanbieders is het aanbod voor deze doelgroep marginaal en is er te weinig aandacht en specifieke expertise voor deze doelgroep. Deze doelgroep verstoort vaak het toch al kwetsbare leef- en behandelklimaat in de zwaardere verblijfsafdelingen waardoor behandelaren zeer terughoudend zijn om deze doelgroep op te nemen. Mede daarom is opname op een beveiligde afdeling soms noodzakelijk.

Diverse instellingen met beveiligde bedden bieden naast zorg in strafrechtelijk kader ook zorg aan cliënten in Zvw- en Wlz-kader. De verhouding tussen deze stromen verschilt per instelling waardoor ook regionale verschillen ontstaan. Dat is niet afhankelijk van de vraag naar beveiligde zorg buiten het strafrechtelijk kader maar wordt eerder bepaald door beschikbare capaciteit. We zien een duidelijk capaciteitstekort in de fpk's voor kortdurende opschaling en op de fpa's voor het bieden van forensische zorg buiten het strafrechtelijk kader. Over de omvang van het tekort is op grond van de beschikbare gegevens geen uitspraak te doen.

Bij het maken van afspraken over beveiligde zorg met zorgverzekeraars ontstaat een ander probleem. Zorgverzekeraars en zorgkantoren maken afspraken over de gemiddelde prijs (dbc of zpp) en de maximale omzet van een aanbieder. In dit 'vierkant' moet deze doelgroep concurreren met andere doelgroepen die een beroep doen op de plaatsen voor intensieve zorg. In de praktijk blijkt het voor aanbieders niet mogelijk of aantrekkelijk om hier capaciteit voor vrij te ruimen. Voor zowel zorgaanbieder als inkoper zijn deze patiënten een te incidenteel voorkomende doelgroep waardoor er geen specifiek beleid ontstaat. In de inkoopgesprekken komt het onderwerp niet op tafel.

In de loop der jaren is bij de afbouw van de intramurale ggz de capaciteit voor langdurige zorg (asielfunctie) fors afgebouwd waardoor deze doelgroep vaak te lang op behandelafdelingen verblijft en vervolgens te snel moet ambulantiseren.

Er ontstaat op het moment van plaatsing op een beveiligd bed vaak discussie over verwijzing, indicatie en financiering. Er zijn geen duidelijke opnameverplichtingen en regiogrenzen die een handvat kunnen bieden voor het maken van dekkende afspraken in een sluitende keten. Er is wel een zorgplicht voor zorgverzekeraars maar die worden daar nauwelijks op aangesproken.

Onze aanbevelingen op dit punt zijn op hoofdlijnen:

- Organiseer een gespecialiseerde inkoper voor de niet strafrechtelijke beveiligde zorg.
- Zorg voor dekkende regionale afspraken voor opschaling en terugplaatsing.
- Zorg voor regionale sluitende ketens waarin afspraken zijn gemaakt over de beschikbare beveiligde capaciteit, plaatsingsprocedures en terugnamegarantie.

- Zorg voor een plaatsingscoördinator die plaatsing kan afdwingen als dat nodig is.
- Maak meer ruimte voor langdurige zorg voor deze doelgroep.

### **Levensloopfunctie voor deze doelgroep**

De zorg en begeleiding voor deze doelgroep is vaak ontoereikend zodra de strafrechtelijke en civielrechtelijke titels aflopen. Het beschikbare aanbod is te kortcyclisch, te eenzijdig en te beperkt gericht op risicobeperking. Er ontbreekt een functie die zowel kan signaleren als laagdrempelig zorg kan inschakelen. Daardoor zijn risico's te laat in beeld en kan onvolgende zorg worden geboden als dat nodig is. Dat leidt voor deze doelgroep tot gevaarlijke situaties.

Het ontbreekt aan een passend productaanbod. Vanwege de multi-problematiek van de doelgroep voelt niet één instelling zich geroepen of in staat de persoon in behandeling te nemen. Dit vraagt maatwerk en samenwerking en het opbouwen van meer vertrouwde relaties. Deze doelgroep vraagt om blijvende betrokkenheid van forensische expertise en mogelijkheden. Voor de cliënt zelf is het ook van belang dat hij zelf kan aangeven wanneer hij hulp nodig heeft en laagdrempelig toegang heeft tot zorg doordat indicaties langer doorlopen. Een afgestemd aanbod van wonen, begeleiding en zorg geeft een cliënt ook een aantrekkelijk aanbod om in verbinding te blijven met hulpverleners.

Wij pleiten daarom voor een levensloopfunctie voor deze doelgroep. Door gebruik te maken van het casus- en beleidsoverleg in de verschillende regio's kan een samenhangend product worden aangeboden. Het gaat over forensische zorg buiten het strafrechtelijk kader waarin zorgverzekeraars en gemeenten voor deze doelgroep bijzondere afspraken maken.

Wij stellen op hoofdlijnen het volgende voor:

- Laat het zorgplan uit de forensische kliniek of de forensische ambulante setting aansluiten op afspraken over het vervolg in het veiligheidshuis.
- Zorg voor behoud van verbinding met vertrouwde behandelaren vanuit de fpk of fpc.
- Creëer een mogelijkheid tot een korte time-outopname in een forensische setting.
- Gebruik voor deze doelgroep gespecialiseerde forensische FACT-teams voor permanente ambulante behandeling en begeleiding. Geef hen ook de ruimte om op andere levensgebieden hulp te bieden.

### **Doorstroom naar woonvoorzieningen en ambulante zorg**

Er zijn verschillende woonvormen die voor deze doelgroep geschikt zijn maar er is geen landelijk beeld over de omvang en beschikbaarheid van de voorzieningen. Deze doelgroep loopt grotendeels tegen dezelfde problemen aan als de andere doelgroepen die gebruikmaken van woonvoorzieningen; afbouw van capaciteit, beperkingen en complexiteit in de financiering, onvoldoende aanbod van ambulante voorzieningen en beperkte doorstroom als gevolg van het tekort aan sociale huurwoningen. Er is een sterke stijging te zien van het aantal plekken in forensisch Beschermd Wonen. Er is echter geen duidelijkheid over het gevolg hiervan op de doorstroom naar voorzieningen zonder strafrechtelijk kader.

# Inhoud

<b>1 Inleiding</b>	<b>8</b>
1.1 Aanleiding.....	8
1.2 Vraagstelling.....	8
1.3 Aanpak.....	9
1.4 Leeswijzer.....	9
<b>2 Context</b>	<b>10</b>
2.1 Aandacht voor deze doelgroep.....	10
2.2 Nieuwe wetgeving.....	11
2.3 Ambulantisering van de reguliere ggz en forensische ggz.....	13
<b>3 Nadere beschrijving van de doelgroep</b>	<b>15</b>
3.1 Definitie van de doelgroep.....	15
3.2 Typering van de doelgroep.....	16
3.3 Overlap en samenhang met andere typering.....	17
3.4 Betekenis voor het behandelaanbod.....	17
3.5 De omvang van deze doelgroep.....	18
<b>4 Beletselen in de continuïteit van zorg</b>	<b>20</b>
4.1 Overzicht van de gevonden beletselen.....	20
4.2 Beschouwing op de beletselen en ingezette maatregelen.....	21
4.3 Focusgebieden.....	24
<b>5 Plaatsing en inkoop van beveiligde zorg zonder strafrechtelijke titel</b>	<b>25</b>
5.1 Wat is beveiligde zorg?.....	25
5.2 Huidige capaciteit aan 'beveiligde zorg' buiten strafrechtelijk kader.....	27
5.3 De verantwoordelijkheden in de plaatsing zijn niet helder zonder straf titel.....	29
5.4 De huidige inkoopmodellen belemmeren de beschikbaarheid van 'beveiligde zorg' ..	32
5.5 Hoe verder?.....	35
<b>6 Signalering en toegang in een levensloopfunctie</b>	<b>37</b>
6.1 Hoe kan een levensloopfunctie voorzien in signalering en toegang?.....	37
6.2 Beletselen bij het in zicht houden van patiënten en snel opstarten van zorg.....	38
6.3 Huidige vormen van de levensloopfunctie.....	39
6.4 Voorstel voor de inrichting van een levensloopfunctie.....	40
6.5 Hoe verder?.....	41
<b>7 Doorstroom naar woonvoorzieningen en ambulante zorg</b>	<b>43</b>
7.1 Vormen van ambulante zorg en woonvoorzieningen.....	43
7.2 Wat zijn de knelpunten in de doorstroom naar woonvoorzieningen?.....	45
7.3 Conclusies ten aanzien van de doorstroom naar ambulante (woon-) voorzieningen....	45
7.4 Hoe verder?.....	47

<b>Appendix: Beletselen in de continuïteit van zorg</b>	<b>49</b>
Instroom in het strafrechtelijk kader.....	49
Uit- en doorstroom uit het gevangeniswezen (GW).....	50
Uitstroom uit forensische zorg met strafrechtelijke titel.....	52
Instroom en doorstroom in klinische (verplichte) ggz.....	53
Instroom en doorstroom in klinische VG zorg.....	57
Uitstroom uit klinische ggz/VG.....	58
Instroom en doorstroom in woonvoorzieningen en begeleiding.....	59
Uitstroom / geen zorg.....	61
<b>Afkortingenlijst</b>	<b>63</b>
<b>Bronnenlijst</b>	<b>64</b>
<b>Bijlage 1: Interviewlijst</b>	<b>65</b>
<b>Bijlage 2: Samenstelling begeleidingscommissie</b>	<b>67</b>

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

De zorg voor personen met ontwrichtend, agressief en gevaarlijk gedrag lijkt de laatste jaren (meer) onder druk te staan. Daar zijn verschillende achterliggende verklaringen voor te geven; de afbouw van klinische capaciteit in de ggz, scheiding in financiering tussen reguliere en forensische ggz, de decentralisatie van zorgtaken naar gemeenten en een afnemende maatschappelijke acceptatie van onaangepast gedrag worden het meest genoemd. De keten van zorg aan deze doelgroep wordt door de stelselwijzigingen en bijbehorende kortingen sterk beïnvloed. Daardoor staat de continuïteit van zorg in deze keten onder druk. Het maatschappelijke gevoel van onveiligheid en van een ontoereikende strafrechtketen wordt versterkt door de media-aandacht voor enkele casussen waar het duidelijk is mis gegaan of waarvoor binnen het huidige stelsel eenvoudigweg geen oplossing voor handen is.

Op dit moment lopen er drie wetgevingstrajecten die voor deze doelgroep van belang zijn; de Wet forensische zorg (Wfz), de Wet verplichte ggz (Wvggz) en de Wet zorg & dwang (Wzd). Deze wetten handelen over het stelsel van forensische zorg en de (gedwongen) toeleiding naar de ambulante en klinische ggz en gehandicaptenzorg. Als zodanig beïnvloeden zij ook de zorgketen voor personen met agressief, ontwrichtend en gevaarlijk gedrag.

Het programma Continuïteit van zorg is opgezet als uitvloeisel uit onderzoek naar de mogelijkheden om de behandelduur van tbs te verkorten. Het programma is ingericht om de aansluiting tussen de forensische en reguliere zorg te bespoedigen en de beletselen in de toeleiding en de continuïteit van zorg weg te nemen. Binnen dit programma is dit onderzoek uitgevoerd naar de praktijk van de zorg voor personen met agressief, ontwrichtend en gevaarlijk gedrag. Het onderzoek moet meer inzicht bieden in de doelgroep en in de beletselen die ervaren worden in het bieden van continuïteit van zorg aan deze doelgroep.

## 1.2 Vraagstelling

In dit onderzoek staat de volgende hoofdvraag centraal:

*Wat zijn de belangrijkste beletselen om adequate behandeling, begeleiding en/of (begeleid) wonen te bieden aan agressieve, ontwrichtende en gevaarlijke patiënten die geen strafrechtelijke titel (meer) hebben, en hoe kunnen deze beletselen effectief worden aangepakt?*



Dit onderzoek heeft drie onderliggende doelstellingen:

- Beschrijving van aard en omvang van de doelgroep personen met agressief, destabiliserend en gevaarlijk gedrag die geen forensische titel (meer) hebben.
- Overzicht van de belangrijkste beletselen in de continuïteit van zorg<sup>1</sup> voor de doelgroep.
- Verbetervoorstellen voor de continuïteit van zorg voor deze doelgroep.

### 1.3 Aanpak

We hebben in de uitvoering van dit onderzoek de volgende activiteiten uitgevoerd:

- Interviews in het veld – bijlage 1 geeft een overzicht van onze gesprekspartners.
- Documentenonderzoek – de bronnenlijst, een overzicht van de gebruikte documenten.
- Werksessie over prikkelwerking en over de rol en positie van de patiënt.
- Uitvraag onder fpa's, fpk's en fpc's.
- Uitvraag onder Veiligheidshuizen.

Voor dit onderzoek is een begeleidingscommissie samengesteld die vier keer bijeen is gekomen. Daarnaast hebben we de tussenresultaten van het onderzoek besproken met de stuurgroep van het programma Continuïteit van zorg. In bijlage 2 is een overzicht opgenomen van de samenstelling van de begeleidingscommissie.

### 1.4 Leeswijzer

Dit onderzoek is één van de vele ontwikkelingen die spelen rondom het onderwerp Verwarde Personen. In hoofdstuk 2 laten we zien welke andere ontwikkelingen relevant zijn en in welke mate deze overlappen met dit onderzoek. Een nadere beschrijving van de doelgroep is opgenomen in hoofdstuk 3 waarin we ingaan op het noodzakelijke behandelaanbod. In het onderzoek hebben we getracht een beeld te geven van de beletselen in de continuïteit van zorg voor de doelgroep. Voor veel van de geconstateerde beletselen geldt dat er nieuwe wetgeving of andere beleidsmaatregelen in voorbereiding zijn die deze beletselen (deels) kunnen verhelpen. Hoofdstuk 4 beschrijft de bevindingen op hoofdlijnen. Een compleet overzicht van de bevindingen is in Appendix 1 opgenomen. In overleg met de opdrachtgever en de begeleidingscommissie is besloten om een nadere verdieping uit te voeren op drie onderdelen van het vraagstuk die in de hoofdstukken 5, 6 en 7 naar voren komen.

<sup>1</sup> Onder continuïteit van zorg verstaan wij een ononderbroken samenhang van tijdige en passende zorg(vormen) voor de doelgroep zodat het risico op gevaar voor henzelf en hun omgeving beheersbaar is.

## 2 Context

In de afgelopen periode is er toenemende aandacht voor de zorg en het toezicht op personen met agressief, gevaarlijk en ontwrichtend gedrag. Met de nieuwe wetgeving die op stapel staat moet een deel van de beletselen die nu ervaren worden in de continuïteit van zorg worden verholpen. Het speelt ook in op de ambulantisering van zowel de reguliere als forensische zorg.

### 2.1 Aandacht voor deze doelgroep

Er zijn verschillende casussen geweest in de afgelopen jaren van mensen die binnen de doelgroep van dit onderzoek vallen en waar sprake is geweest van ernstige incidenten omdat de justitiële keten en zorgketen niet in staat bleken dit te voorkomen. Denk daarbij aan Udo D. (geweldsincidenten en doodslag in het centrum van Leeuwarden), Bart van U. (moord op zus en Els Borst), Remon W. (veroorzaakt auto-ongeluk met dodelijke afloop nadat hij een psycholoog zijn auto afhandig heeft gemaakt). Veel casussen halen echter niet op die manier de pers of leiden uiteindelijk niet tot een incident. We hebben verschillende casussen opgenomen in deze rapportage.

Sinds enige tijd signaleert de politie een toename in het aantal gevallen waarin zij moet uitrukken voor hulp aan mensen met verward gedrag. Soms is daarbij sprake van een gevaarlijke situatie, maar in veel gevallen gaat het eigenlijk louter om een zorgvraag. De politie geeft aan dat zij daar niet primair voor zijn en geven aan dat zij zich onvoldoende in staat achten om daar goed op te kunnen reageren.

Het Aanjaagteam Verwarde personen heeft een aantal bouwstenen uitgewerkt die betere zorg voor mensen met verward gedrag mogelijk maken. Het Schakelteam personen met verward gedrag pakt het vervolg op en werkt deze bouwstenen uit in concrete maatregelen. In zes verdiepingsregio's worden verschillende elementen van deze aanpak in de praktijk getoetst. Daarnaast loopt er een aantal landelijke trajecten zoals het uitwerken van een nieuw vervoersmodel voor zorg aan verwarde personen dat beter aansluit bij de zorg die zij nodig hebben.

In hoofdstuk 3 geven we een nadere beschrijving van de doelgroep en aard van de zorgbehoefte.

## 2.2 Nieuwe wetgeving

De Wet Bopz wordt binnenkort vervangen door de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd). Daarnaast loopt de kamerbehandeling van de nieuwe Wet forensische zorg. Voor alle drie de wetstrajecten geldt dat er gedurende de afgelopen jaren verschillende wijzigingen in het wetsvoorstel zijn gedaan.

Onderstaande tabel laat op hoofdlijnen zien wat er onder welke zorgwet valt.

**Tabel 1 Afbakening Wet zorg en dwang en Wet verplichte ggz**

	Wet zorg en dwang	Wet verplichte ggz	Wet forensische zorg
Doelgroep	Verstandelijk gehandicapten en dementerenden	Psychiatrische patiënten	Mensen met strafrechtelijke titel die ggz of VG zorg nodig hebben
Zorg	Levenslang en levensbreed	Tijdelijk, behandeling gericht op herstel en participatie	Tijdelijk, behandeling gericht op recidivevermindering en resocialisatie
Meest voorkomende type maatregel	Toezicht, begeleiding en behandeling	Medicatie, behandeling	Medicatie, interventies gericht op gedragsproblematiek, behandeling
Meest voorkomende zorgprofessional	Verzorgende / begeleider, gedragsdeskundige, arts verstandelijk gehandicapten, geriater	Psychiater, verslavingsarts, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, psycholoog	Psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, sociaal pedagogisch hulpverlener, psycholoog
Duur van de opname	Langdurig (in de regel)	Zo kort mogelijk	Afhankelijk van gepleegde delict
Verzet	Niet altijd goed te duiden	Meestal duidelijk	Meestal duidelijk
Opnamecriterium	Voorkomen ernstig nadeel	Voorkomen ernstig nadeel	Recidiverisico
Verantwoordelijk voor informatiebeheer	Zorgverantwoordelijke	Openbaar Ministerie	ForZo/JJI
Voornaamste financiering v/d zorg	Wlz	Zvw, Wlz	ForZo/JJI

### De Wet verplichte geestelijke gezondheidzorg

De kernelementen van het huidige voorstel van de Wvggz zijn:

- De behandeling van de cliënt staat centraal en niet langer de gedwongen opname.
- De Wvggz biedt meer interventiemogelijkheden dan de Wet Bopz om zorg op maat mogelijk te maken. Zo kan verplichte zorg nu ook ambulante worden verleend en kunnen ook beveiligingsaspecten onderdeel van verplichte zorg zijn. Hoe dit in de praktijk vorm krijgt is nog niet duidelijk.
- Alle vormen van zorg worden vooraf door de rechter getoetst, niet alleen de gedwongen opname, zoals onder de Wet Bopz.
- Met het wetsvoorstel Wvggz kan eerder worden ingegrepen, omdat niet langer als eis wordt gesteld dat het ernstig nadeel alleen kan worden afgewend door een gedwongen opname, omdat ook verplichte ambulante hulp nu onder de zorgmachtiging valt.
- De IBS wordt vervangen door een zogenaamde 'crisismaatregel'; dit is een ultimum-remedium en beperkt zich tot acute crisissituaties. De crisismaatregel is ruimer dan de IBS en kan zowel verplichte opname als bijvoorbeeld ambulante zorg omvatten.
- Het 'gevaarcriterium' uit de Wet Bopz wordt vervangen door het criterium ernstig nadeel. Materieel is geen uitbreiding beoogd.
- De geneesheer-directeur adviseert de officier van justitie over de vraag of aan de criteria voor het verlenen van verplichte zorg is voldaan. Het is de officier van justitie die besluit aan de hand van een integrale beoordeling of hij een verzoekschrift voor verplichte zorg bij de rechter wil indienen.

- Familieleden en andere directbetrokkenen kunnen meer betrokken worden bij de beslissing of verplichte zorg nodig is en bij de uitvoering van de verplichte zorg. Familievertrouwenspersonen geven advies en bijstand aan familieleden en directbetrokkenen.
- Een ieder kan bij de gemeente een melding doen over een persoon voor wie de noodzaak tot geestelijke gezondheidszorg zou moeten worden onderzocht. De gemeente dient dan een zogeheten ‘verkennend onderzoek’ te verrichten naar de noodzakelijkheid van geestelijke gezondheidszorg. Dit moet ertoe bijdragen dat mensen vroegtijdig hulp kunnen krijgen, voordat er daadwerkelijk ernstig nadeel is aangericht.
- Het beginsel van wederkerigheid maakt onderdeel uit van het zorgplan. Hiermee wordt bedoeld dat bij het verlenen van verplichte zorg de zorgaanbieder niet alleen de plicht heeft om kwalitatief goede zorg te bieden, maar ook om de hoogst haalbare mate van maatschappelijke participatie te waarborgen. Ook van de maatschappij wordt vanuit wederkerigheid gevraagd om de participatie te ondersteunen.
- Zo vaak als nodig in de betreffende regio, zal er regionaal overleg plaatsvinden. In ieder geval eens per drie maanden moet er regionaal overleg plaatsvinden.
- De taak om zorg te dragen voor landelijk digitaal inzicht in de zorgmachtigingen en crisismaatregelen is belegd bij het Openbaar Ministerie. Hiervoor zullen privacy- en beveiligingseisen van een hoge classificatie gelden, passend bij de gevoeligheid van de persoonsgegevens die een combinatie zijn van justitiële en medische persoonsgegevens.
- Een belangrijk onderdeel in het oorspronkelijke wetsontwerp, de zogenaamde multidisciplinaire commissie psychiatrische zorg, is vervallen nadat de Kamer vond dat de kosten te hoog waren en geen nieuw instituut in de gezondheidszorg wilde introduceren.

### **De Wet zorg en dwang**

De kernelementen van het huidige voorstel van de Wzd zijn:

- De Wzd is van toepassing voor personen van wie uit een verklaring van een ter zake kundige arts blijkt dat hij in verband met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap is aangewezen op zorg, dan wel van wie het indicatieorgaan in een indicatiebesluit als bedoeld in de Wlz heeft vastgesteld dat een aanspraak op zorg bestaat als bedoeld in de Wlz vanwege een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap.
- Ook de Wzd biedt, evenals de Wvvgz, meer mogelijkheden dan de Wet Bopz, om zorg op maat te bieden. Ook op grond van de Wzd is ambulante hulpverlening mogelijk en kunnen veiligheidsmaatregelen worden getroffen.
- Als onvrijwillige zorg nodig is om ernstig nadeel voor zichzelf of derden te voorkomen, dan treedt er een stappenplan in werking. Of sprake is van ernstig nadeel wordt bepaald in een risico-inventarisatie. Indien er sprake is van een gedwongen opname waartegen de cliënt of diens vertegenwoordiger zich verzet, is een rechterlijke machtiging nodig.
- Wanneer wordt geconstateerd dat de zorg niet meer voldoet, de zorgvraag verandert en er sprake is van ernstig nadeel en onvrijwillige zorg wordt overwogen, organiseert de zorgverantwoordelijke een multidisciplinair overleg met ten minste één deskundige van een andere discipline.
- Als sluitstuk in het stappenplan wordt een externe deskundige geraadpleegd als de toepassing van onvrijwillige zorg voortduurt.

### **De Wet forensische zorg**

In het huidige wetsvoorstel van de Wfz zijn dit de kernelementen:

- De officier van justitie maakt, als dat van toepassing is, al in de voorfase een afweging of een strafrechtelijke vervolging of het aanvragen van een (zorg)machtiging op grond van de Wvvgz de passende maatregel is.

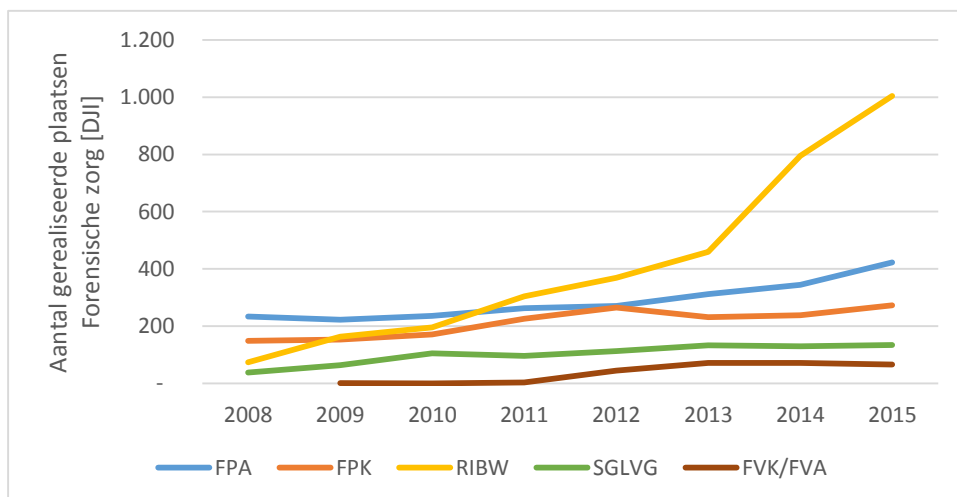
- Plaatsing in de ggz is het uitgangspunt, tenzij de ggz de gevraagde zorg niet kan leveren, als plaatsing vanuit veiligheid niet wenselijk is, de gedetineerde niet wil meewerken of de rechterlijke machtiging een te zwaar middel is.
- Cruciaal onderdeel in de Wfz is artikel 2:3, het zogenaamde ‘verbindingsartikel’ (met de Wvggz en de Wzd). Met dit artikel wordt het mogelijk in elke fase van het strafrechtelijk traject te kiezen voor de aanvraag van een zorgmachtiging conform de Wvggz en Wzd. De strafrechter kan ook een (zorg)machtiging afgeven aan een forensische patiënt met een psychische stoornis van wie de strafrechtelijke titel afloopt. Hierdoor moet over beëindiging van de (zorg)machtiging nu met de minister van Veiligheid en Justitie worden overlegd.
- De zorgaanbieder regelt vóór de afloop van de strafrechtelijke titel de noodzakelijke aansluitende zorg. Bij voorkeur is de aansluitende zorg op basis van vrijwilligheid, maar zo nodig met een zorgmachtiging van de Wvggz of een machtiging tot opname van de Wzd.
- In de Wfz worden alle bepalingen opgenomen die betrekking hebben op de organisatie van alle vormen van forensische zorg. De Wfz regelt dat forensische zorg onder 25 verschillende strafrechtelijke titels kan worden toegepast.

### 2.3 Ambulantisering van de reguliere ggz en forensische ggz

In 2012 hebben aanbieders, zorgverzekeraars en overheid een bestuurlijk akkoord gesloten om het aantal bedden in de ggz (peiljaar 2008) terug te dringen met 30% in 2020. Ook al is het bestuurlijk akkoord niet meer actueel, de teruggang in aantallen bedden is ingezet. Trimbos<sup>2</sup> laat zien dat de afbouw van bedden in de reguliere en langdurige ggz op schema ligt. Trimbos constateert dat “de afbouw van de klinische capaciteit volledig voor rekening komt van plaatsen met een relatief laag-intensieve verzorgingsgraad. Het aantal plaatsen met een intensieve tot zeer intensieve verzorgingsgraad nam in de periode 2014-2015 niet alleen in relatieve zin maar ook in absolute zin toe. Eenzelfde trend was te zien in de voorgaande periode.” Het Trimbos laat zien dat het aantal unieke personen dat wordt opgenomen in de ggz relatief stabiel is gebleven, evenals de opnameduur. Het aantal heropnames is wel aanzienlijk gedaald.

Ten opzichte van 2008 zijn er op dit moment bijna anderhalf maal zoveel plekken in Beschermd Wonen. Vanaf 2012 neemt de capaciteit wel weer langzaam af (met 6% in 2015 ten opzichte van 2012). Over de verandering in de intensiteit van de begeleiding in Beschermd Wonen is geen uitspraak te doen volgens het Trimbos. Het Trimbos signaleert dat de omvang van de ambulante zorg geen gelijke groei vertoont met de teruggang in de klinische zorg.

<sup>2</sup> Trimbos, “Monitor ambulantisering en hervorming langdurige ggz 2016”, december 2016



**Figuur 1 Ontwikkeling aantal klinische plaatsen forensische zorg [Bron; forensische zorg in getal]**

Ook in de forensische zorg is een aantal relevante veranderingen te zien. Sinds de overgang van VWS naar het ministerie van V&J is een sterke stijging te zien in de omvang van forensische zorg. Bovenstaande grafiek laat zien in welke mate de verschillende modaliteiten gegroeid zijn. Opvallend is dat op alle vlakken een sterke groei heeft plaatsgevonden. Deze groei is tegengesteld aan de krimp in de reguliere ggz, vooral de explosieve groei in het aantal plekken in Beschermd Wonen is opvallend.

## 3 Nadere beschrijving van de doelgroep

Dit hoofdstuk geeft een nadere typering van de doelgroep die in dit onderzoek centraal staat. Uit de vraagstelling komt een aantal aspecten naar voren dat we hier verder preciseren. We beschrijven op hoofdlijnen welke (psychiatrische) problematiek speelt binnen deze doelgroep en welke implicaties dit heeft voor de behandeling.

Uit alle gesprekken die we in het kader van dit onderzoek gevoerd hebben, komt naar voren dat er veel verschillende perspectieven zijn om naar deze doelgroep te kijken. Elk perspectief brengt een andere afbakening met zich mee. We laten in dit hoofdstuk zien welke overlap en samenhang er is met andere typering.

### 3.1 Definitie van de doelgroep

Voor dit onderzoek is de volgende definitie van de doelgroep afgesproken in de begeleidingscommissie:

*Personen die als gevolg van een ernstige psychische aandoening en/of chronisch middelengebruik en/of een (licht) verstandelijke beperking na hun strafrechtelijke titelperiode of rechterlijke machtiging overlastgevend, agressief, gevaarlijk en/of destructief gedrag vertonen. Er is vaak sprake van langdurige, terugkerende en moeilijk beheersbare problematiek.*

#### **Casus Udo D.**

Udo D. was in 2006 veroordeeld tot een gevangenisstraf van vier maanden cel en tbs met dwangverpleging wegens bedreiging. Dit liep af in november 2012. In 2015 is D. opnieuw aangehouden wegens huisvredebreuk en vernieling en kreeg zes maanden detentie opgelegd. Gedurende zijn detentie in het PPC Amsterdam, werd D. medegedeeld dat de arts over wilde gaan tot een gedwongen geneeskundige behandeling omdat 'het gevaar dat de stoornis van uw geestesvermogens doet veroorzaken, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen'. Na beëindiging van de gevangenisstraf van Udo D. in PPC Amsterdam, is in het driehoeksoverleg besloten een voorlopige RM voor gedwongen opname aan te vragen voor na afloop van de detentie van D. Een voorlopige machtiging tot opname is verleend. Udo D. diende in dezelfde maand van zijn opname een formeel verzoek in bij de geneesheer-directeur tot verlening van ontslag. Hierop heeft de geneesheer-directeur de FPC van Mesdag gevraagd om een observatie van D. om haar beleid nader te bepalen. Op basis van de beschikbare informatie, en in overleg met meerdere behandelaren van D., oordeelde de geneesheer-directeur van GGZ Friesland dat D. op dat moment geen gevaar toonde dat voortkomt uit een psychiatrische stoornis, zoals omschreven en bedoeld in de Wet Bopz. Daarop volgde het ontslag van D.

Op 19 oktober 2015 pleegde D. een aantal zeer ernstige delicten. Hij verwondde drie vrouwen en vermoordde een andere vrouw. Op 14 juni 2016 werd D. onherroepelijk veroordeeld tot zes jaar cel en tbs met dwangverpleging voor doodslag en poging tot doodslag.

De Wet Bopz bood in deze casus zoals boven aangegeven, onvoldoende legitimatie om het gedwongen verblijf van D. te doen voortduren.

### 3.2 Typering van de doelgroep

Het gaat om een doelgroep met complexe problematiek die in beginsel niet van voorbijgaande aard is maar een chronisch karakter heeft. Mensen lopen al enige tijd mee in het systeem en hebben vaak al één of meerdere RM-en gehad of zijn (meerdere keren) in aanraking geweest met justitie, in de regel voor impulsdelicten als geweldpleging, zedendelicten, bedreiging, vernieling of stalking.

Deze beschrijving lijkt een beeld te schetsen van een homogene groep, maar dat is in de praktijk echter niet het geval. Er kunnen grote verschillen zitten in de mate waarin de verschillende kenmerken voorkomen.

In de typering van deze doelgroep is het gedrag dominant. Zij vertonen in (stressvolle situaties) agressief gedrag naar behandelaren, politie, naasten en anderen. Ze hebben een verminderd empathisch vermogen en kunnen zich daardoor antisociaal en gevaarlijk gedragen. Als gevolg van hun antisociale en agressieve gedrag kunnen deze patiënten in een klinische setting ontwrichtend werken voor het behandelklimaat van een ggz of LVG instelling die niet is toegerust op deze doelgroep. Ook in de ambulante setting kan hun gedrag de behandelrelatie verstoren en tot problemen leiden met de directe omgeving.

Bij de doelgroep is sprake van zeer ernstige psychiatrische problematiek (EPA). Een belangrijke component hierin is een gedragsstoornis als gevolg van een persoonlijkheidsstoornis (schizoïde / schizotypische persoonlijkheidsstoornis, antisociaal, borderline, paranoïde, etc). Voor deze personen geldt dat zij deels afhankelijk zijn van medicatie voor stemmingsregulering. Als hun medicatie ontregeld raakt, leidt dat vaak tot een sterke verergering van de gedragsproblematiek.

Een groot deel van deze groep heeft een zwak sociaal netwerk, mede als gevolg van hun antisociale gedrag dat al langere tijd speelt. Een groot deel heeft schulden en ook in het algemeen problemen met de inrichting van hun dagelijks leven.

Een aanzienlijk deel van deze groep heeft een laag IQ (60-80). We weten dat binnen de Maatschappelijke Opvang, in de PI's en in de verslavingszorg ongeveer 30 tot 40% van de populatie een licht verstandelijke beperking heeft. Uit de interviews komt naar voren dat dit waarschijnlijk op eenzelfde niveau ligt in deze doelgroep. Als gevolg van deze LVB problematiek zijn ze snel overvraagd, waardoor ze onrustig, agressief en impulsief kunnen reageren. Waarschijnlijk is tevens bij deze groep niet alle LVB-problematiek in beeld bij behandelaren en instanties.

Een aanzienlijk deel van de doelgroep heeft verslavingsproblematiek (met name alcohol en drugs). Het chronisch middelengebruik houdt het antisociale gedragspatroon in stand. Uit interviews komt naar voren dat van deze doelgroep ongeveer 60 à 70% een verslaving heeft.

De problematiek die we hier boven beschreven hebben, hoeft niet continu op de voorgrond te staan. Een aanzienlijk deel van deze populatie kan, mits er voldoende beschermende



factoren zijn, vaak lange tijd zonder grote incidenten functioneren in de samenleving. Juist daardoor zijn zij niet altijd op hun plek binnen een kliniek. Als zich echter een escalatie voordoet dan kan dat direct leiden tot ernstige risico's voor henzelf en hun omgeving.

### 3.3 Overlap en samenhang met andere typering

De doelgroep waar het in dit onderzoek om gaat valt ook binnen de definities van verwarde personen, personen in de forensische zorg, EPA-problematiek, maatschappelijke opvang, et cetera. Maar hun overlastgevende, agressieve en destructieve gedrag maakt dat zij daarvan een bijzondere subpopulatie vormen.

De doelgroep valt binnen groep 3 en 4 zoals het **Aanjaagteam Verwarde Personen** die heeft gedefinieerd (mensen die eerder in aanraking zijn geweest met strafrecht of specialistische (gedwongen) zorg en mensen met een strafrechtelijke titel die (forensische) zorg nodig hebben). Maar niet iedereen die forensische zorg heeft gehad, vertoont agressief of gevaarlijk gedrag en niet iedereen die een RM heeft is destructief.

Omdat de gedragsproblematiek binnen deze doelgroep zo groot is, is niet altijd een even evident psychiatrisch toestandsbeeld te schetsen dat voldoet aan het criterium voor opname uit de **Wet Bopz**. De casus van Udo D. illustreert de beperkingen die dit criterium met zich meebrengt. Persoonlijkheidsstoornissen zijn vaak onvoldoende grond voor opname via de Wet Bopz omdat er onvoldoende behandelperspectief is.

Binnen verschillende veiligheidshuizen in Nederland wordt gewerkt met een lijst van meest overlastgevende of gevaarlijke personen in de regio; de top-600, **EPA-plus** overleg, EPA ++ of EPA-toplijst. Er zit behoorlijke overlap in de wijze waarop deze overzichten tot stand komen en welke groep personen hierop staat. Deze groep komt redelijk goed overeen met de doelgroep uit dit onderzoek.

### 3.4 Betekenis voor het behandel aanbod

Allereerst merken we op dat er gezien de diversiteit in de doelgroep geen sprake is van één beste aanpak. Maatwerk is een belangrijk principe waarbij kennis vanuit verschillende disciplines noodzakelijk is. We benoemen de belangrijkste aspecten die uit de verschillende gesprekken naar voren zijn gekomen:

Omdat er sprake is van ernstige psychiatrische problematiek is tevens sterke psychiatrische kennis noodzakelijk. Ook al is de problematiek breder, het is een doelgroep die thuishoort in de ggz en in de VG sector voor zover er LVB-problematiek aan de orde is.

Omdat de gedragsstoornis zo dominant is, is dat ook een belangrijk aangrijpingspunt voor de behandeling. Dat betekent dat forensische kennis en expertise nodig is ook als cliënten niet strafrechtelijk zijn opgenomen. Begrenzen, structuur bieden en duidelijk consistent communiceren zijn kernelementen. Dat maakt ook dat een relatief intensievere begeleiding noodzakelijk is dan wanneer alleen sprake zou zijn van EPA, alleen verslaving of alleen LVB.

Voor deze doelgroep geldt dat er sprake kan zijn van lange stabiele periodes en periodes van terugval in delictgedrag. Het is daarom noodzakelijk om bij de begeleiding en behandeling een goede risico-inschatting te kunnen maken van zowel hun eigen veiligheid als die van de mensen om hen heen. Dat maakt het mogelijk om oorzaken voor een terugval te herkennen

en op tijd in te grijpen. Daarvoor is gespecialiseerde kennis noodzakelijk die niet in elk regulier FACT-team aanwezig is. Voor de huidige brede wijkteams geldt dat zij onvoldoende zijn toegerust op deze kleine maar gecompliceerde doelgroep.

Uit de interviews komt naar voren dat een aanzienlijk deel van deze doelgroep vanwege hun anti-sociale gedrag niet geschikt is voor Beschermd Wonen als daar geen strakke begeleiding aanwezig is. Een deel van deze doelgroep is ongeschikt voor groepsvoorzieningen en gedijt beter in een individuele setting met intensieve begeleiding.

De aard van de beveiliging die deze doelgroep nodig heeft in een klinische setting is met name gericht op de intensiteit van de begeleiding en in mindere mate op de fysieke beveiliging, al speelt ook dat een rol. Uit de interviews komt naar voren dat het met name de ervaring van het personeel is en de ruimte die het personeel heeft om begeleiding en behandeling te bieden die beschermend werken. Zijn medewerkers bedreven in deëscalerend werken? Kunnen zij de rust bewaren en adequaat begrenzen? Kunnen zij een juiste inschatting maken van de actuele risico's bij een patiënt?

Omdat mensen uit deze doelgroep vaak al langere tijd in het systeem zitten en hun terugkerende problematiek hen elke keer (hardhandig) in aanraking brengt met ggz of justitie, zijn zij wantrouwend naar instanties en behandelaren. Het is daarom belangrijk om continuïteit aan te brengen in de behandeling of begeleiding en een vertrouwensband op te bouwen.

Voor deze doelgroep geldt dat, ondanks alle hierboven genoemde factoren, er ook (langere) perioden kunnen zijn van relatieve stabiliteit waarin geen civielrechtelijke maatregel mogelijk of noodzakelijk is en ook geen sprake is van een strafrechtelijke titel. Deze periodes worden afgewisseld met periodes waarin zij destabiliseren door bijvoorbeeld het wegvallen van beschermende factoren. Het is daarom belangrijk om in contact te blijven. Continuïteit in de relatie met behandelaren en begeleiding is daarom wenselijk. Omdat bekend is dat er zich nieuwe escalaties voor zullen doen, is het ook mogelijk om vooraf met zowel patiënt als omgeving, als zorg- en veiligheidspartners afspraken te maken over de te volgen stappen. Laagdrempelige toegang tot respijtzorg kan erger voorkomen.

### **3.5 De omvang van deze doelgroep**

Op dit moment is het met de beschikbare informatie nog niet mogelijk om de omvang van de doelgroep te bepalen. Daarvoor is er een te grote verscheidenheid aan terminologie en financieringsgronden.

Uit het onderzoek van Stichting Informatievoorziening in de Zorg (IVZ) naar forensische zorg komt naar voren dat er in 2015 ongeveer 23.820 mensen in het forensische circuit hebben gezeten. Echter lang niet alle personen in forensische zorg vallen onder de doelgroep uit dit onderzoek. Hun gedrag is niet altijd of bij allemaal ontwrichtend in de kliniek of dermate agressief of gevaarlijk dat bijzondere begeleiding noodzakelijk is.

Uit onderzoek<sup>3</sup> van Broer, Koetsier en Mulder is bekend dat er in 2013 22.866 gedwongen opnames hebben plaatsgevonden. Uit eerder onderzoek is bekend dat bij ongeveer 40% van de IBS-en sprake is van gevaar voor de algemene veiligheid. Toegepast op alle dwangopnames betekent dat ongeveer 8.000 dwangopnames vanwege mogelijk gevaar voor de algemene veiligheid. Waarschijnlijk gaat het hier in een aantal gevallen om meerdere opnames per jaar dus dit zal een overschatting zijn. Tegelijkertijd bevat dit cijfer niet de mensen die al opgenomen waren met een civiel rechtelijke of strafrechtelijke titel. En niet de groep die op enig moment stabiel is.

Bij een inventarisatie bij alle Veiligheidshuizen blijkt dat een aantal regio's een overzicht hanteert van de meest overlastgevendende casussen in hun regio. Dit zijn mensen met ernstige psychiatrische problematiek die ook meermaals met justitie in aanraking zijn gekomen. Het gaat in de regel om terugkerende problematiek van personen die in en uit instellingen en detentie verblijven. De omvang van deze lijst verschilt per regio en varieert tussen de 30 en 600. De grootte is afhankelijk van verschillende factoren zoals; omvang van de regio, criteria die gehanteerd worden voor de selectie (delictachtergrond, zorggebruik), de wijze waarop deze lijsten gevuld worden, etc. Er zijn geen landelijke criteria die houvast geven voor een vergelijking van deze aantallen. Op basis van de zeven regio's waarover gegevens beschikbaar zijn schatten dat we er in totaal 3.000 tot 5.000 mensen onder deze aanpak vallen.

<sup>3</sup> J. Broer, H. Koetsier, C.L.Mulder, "Stijgende trend in dwangtoepassing onder de Wet Bopz zet door; implicaties voor de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg", Tijdschrift voor Psychiatrie, april 2015

## 4 Beletselen in de continuïteit van zorg

In de appendix is een overzicht opgenomen van alle beletselen die in het kader van dit onderzoek naar voren zijn gekomen in de continuïteit van zorg voor mensen met gevaarlijk, agressief, ontwrichtend en/of destructief gedrag. Hiervoor is gebruikgemaakt van verschillende andere onderzoeken en van de vele gesprekken die in het kader van dit onderzoek gevoerd zijn. Dit hoofdstuk geeft een weerslag van de bevindingen op hoofdlijnen.

### 4.1 Overzicht van de gevonden beletselen

In totaal heeft AEF 26 beletselen geïdentificeerd. Van elk van deze beletselen zijn verschillende achterliggende oorzaken in beeld gebracht. In dit hoofdstuk zijn de beletselen weergegeven, een compleet overzicht is te vinden in appendix 1.

De ordening van de beletselen volgt de keten van straf, klinische zorg en ambulante zorg en begeleiding waar deze doelgroep zich bevindt. Uiteraard is er niet altijd sprake van volgorde in de keten. Mensen kunnen op verschillende plekken in- en uitstromen. In elke schakel kunnen zij op- en afschalen in zwaarte en beveiligingsniveau.

#### **Instream in het strafrechtelijk kader**

1. De lange wachttijd tussen aanhouding en zitting gaat ten koste van de behandelings- en daarmee de behandelings-effectiviteit.

#### **Uit- en doorstroom uit het gevangeniswezen**

2. Vervolgzorg is (nog) niet beschikbaar op het moment dat persoon vrijkomt.
3. Strafrestant biedt soms onvoldoende tijd om effectief te behandelen.
4. Wachttijden voor de forensische zorg maken dat personen niet of te laat in behandeling komen om effectief te worden geholpen.
5. De forensische ggz is soms terughoudend in het accepteren van personen uit het gevangeniswezen omdat de problematiek te complex is.
6. Bij een lang strafrestanceert maakt onduidelijkheid over verloop een ggz-opname soms onmogelijk.

#### **Uitstroom uit forensische zorg met strafrechtelijke titel**

7. Er is geen soepele overgang tussen de forensische en de reguliere ggz en gehandicaptenzorg, als de strafrechtelijke titel afloopt.
8. Behandelingen zijn soms onsuccesvol of worden vroegtijdig afgebroken.

9. Deel van de doelgroep zal vervolgzorg weigeren als de strafrechtelijke titel afloopt en een rechtelijke machtiging niet mogelijk is.

#### **Instroom en doorstroom in klinische (verplichte) ggz**

10. De hoge administratieve eisen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) maakt opname van patiënten moeilijk.
11. Opname in de ggz via een inbewaringstelling (IBS) of een rechtelijke machtiging (RM) wordt (door politie, OM en Veiligheidshuis) soms als lastig ervaren.
12. Toegang tot langdurige zorg kent een hoge drempel waardoor chronische zorg bijna niet meer mogelijk is.
13. Er zijn onvoldoende bedden beschikbaar met een hoog beveiligingsniveau.
14. Veel instellingen zijn (nog) niet toegerust om deze doelgroep te behandelen en zijn daarom terughoudend in het opnemen.
15. De administratieve procedures voor de facturatie voor beveiligde zorg belemmeren de plaatsing van patiënten.

#### **Instroom en doorstroom in klinische VG-zorg**

16. Toegang tot VG-zorg kent een hoge drempel waardoor een deel van de doelgroep geen passende zorg krijgt.

#### **Uitstroom uit klinische ggz/VG**

17. Persoon stroomt uit zonder dat behandeling succesvol is.
18. Persoon stroomt uit zonder dat vervolgzorg of begeleiding georganiseerd is.

#### **Instroom en doorstroom in woonvoorzieningen en begeleiding**

19. Afstemming tussen zorg en gemeenten duurt vaak lang waardoor mensen in de tussentijd geen zorg krijgen of onnodig lang in een klinische setting verblijven.
20. Doorstroom naar woonvoorzieningen stagneert (in bepaalde regio's).
21. Opschalen binnen ambulante zorg of woonvoorzieningen is lastig te organiseren waardoor mensen niet worden opgenomen of uit zorg vallen.
22. Woonvoorzieningen zijn terughoudend in het opnemen van de doelgroep.
23. In een ambulante setting of woonvoorzieningen kunnen patiënten ongewenst uitstromen waardoor resocialisatie en behandeling stopt.

#### **Uitstroom / geen zorg**

24. Artikel 37 kent geen toezicht door de reclassering waardoor personen (makkelijker) uit beeld raken.
25. Na uitstroom is het lastig personen in beeld te houden.
26. Doelgroep (weer) in (meer) zorg krijgen, blijkt ingewikkeld.

## **4.2 Beschouwing op de beletselen en ingezette maatregelen**

Zoals het grote aantal beletselen laat zien, is het niet eenvoudig om continuïteit van zorg te organiseren voor deze doelgroep. De beletselen verschillen sterk van aard. Een deel wordt veroorzaakt door problemen in wet- en regelgeving. Andere beletselen zijn meer het gevolg van afstemmingsproblematiek in de keten of bedrijfsvoeringsbeslissingen van aanbieders. Een deel van de beletselen is terug te voeren op onderliggende prikkels in de wetgeving of bekostiging. Het gedrag van partijen wordt voor een belangrijk deel door deze prikkels gestuurd. Daarnaast zien we verscheidene overtuigingen, die zijn ingesleten in stelsels, organisaties en professioneel handelen, die continuïteit van zorg voor deze groep in de weg staan.

Voor een aanzienlijk deel van de beletselen zijn al maatregelen in gang gezet. Denk bijvoorbeeld aan de Wvvgz of nieuwe regelingen van de NZa die nog van kracht moeten worden. Daarnaast geldt voor een aantal van de ervaren beletselen dat er in de praktijk wel oplossingen zijn maar dat deze nog onvoldoende bekend zijn of toegepast worden. Al deze punten geven we in de appendix weer als al in gang gezette maatregelen.

Hieronder geven we analyse van de gevonden beletselen

### **Concrete beletselen op het niveau van het stelsel**

Bij de inrichting van het stelsel voor de zorg en begeleiding van personen met psychiatrische problematiek zijn er keuzes gemaakt die voor het overgrote deel uitstekend werken maar juist voor deze doelgroep een beletsel veroorzaken. De onderstaande beletselen zijn een direct gevolg van (wijzigingen in de) inrichtingskeuzes en wet- en regelgeving.

- Een drietal beletselen voor de continuïteit zijn geagendeerd (maar nog niet opgelost):
  - De beletselen door de (hoge) drempels voor de toegang tot de Wlz worden door het ministerie van VWS nader in kaart gebracht.
  - In de regelgeving zijn er administratieve beperkingen voor instellingen om in onderaannemerschap diensten te leveren. Nieuwe regelgeving van de NZa moet deze problematiek voor een groot deel verhelpen.
  - De administratieve problematiek in de Zvw is door het Aanjaagteam Verwarde Personen geagendeerd.
- De drie decentralisaties hebben voor de landelijk en regionaal werkende stakeholders geleid tot een versnippering in beleid en financiering op het niveau van de gemeente. Het zal nog enige tijd vragen voordat met een mix van lokale oplossingen en regionale, bovenregionale en landelijke afspraken ook voor deze doelgroep sluitende afspraken worden gemaakt.
- De Wet Bopz biedt alleen de mogelijkheid voor klinische opname van patiënten. Omdat dit een zware maatregel is, zijn de vereisten voor toepassing ook navenant hoog. Dat maakt dat er veel gronden zijn waarop besloten kan worden om iemand niet op te nemen terwijl alle ketenpartners wel aanvoelen dat dat eigenlijk noodzakelijk is. De Wvvgz biedt in de toekomst de mogelijkheid voor verplichte ambulante ggz en daarmee een breder palet aan interventiemogelijkheden. Binnen de Wzd is deze mogelijkheid niet voorzien.

### **Concrete beletselen op het niveau van de keten**

In de samenwerking tussen ketenpartners zien we verschillende beletselen:

- In verschillende delen van het land zijn geen dekkende afspraken voor een sluitende inrichting van de keten. Daar waar binnen partijen sterke professionals de samenwerking vormgeven komt deze in de praktijk wel van de grond. Maar onder deze afspraken liggen lang niet altijd bestuurlijke afspraken waardoor bij elke casus opnieuw overleg gevoerd moet worden. Een voorbeeld waarin ketensamenwerking wel goed loopt is het Forensisch Loket dat aanbieder van forensische zorg Palier met haar ketenpartners heeft ontwikkeld.
- Mogelijkheden om op te schalen zijn erg beperkt als opschaling buiten de eigen organisatie moet gebeuren. Dat geldt zowel in de klinische als in de ambulante fase. Ook hier zijn die partijen die met ketenpartners afspraken hebben gemaakt beter in staat om continuïteit van zorg te bieden.
- Overdrachtsmomenten komen nog te veel als een verrassing voor partijen verderop in de keten. Daar waar partijen de warme overdracht eerder in gang zetten verloopt de overgang beter. Het ontwikkelen van zorgplannen helpt om overdrachtsmomenten beter voor te bereiden. Het programma Continuïteit van zorg heeft een handreiking opgesteld om de voorbereiding van overdrachtsmomenten te helpen structureren.

### Concrete beletselen op het niveau van de organisatie

Er zijn verschillende beletselen die voortkomen uit het productaanbod, voorzieningenniveau en bedrijfsvoering van ggz en VG-instellingen. De belangrijkste zijn:

- Capaciteit van beveiligde zorg (fpa en fpk) is onvoldoende (zie hoofdstuk 5). Instellingen zien geen mogelijkheid om hiervoor capaciteit beschikbaar te stellen.
- De stigmatisering van forensische cliënten maakt dat instellingen geneigd zijn hen niet op te nemen. GGZ Nederland pakt dit op en bereidt een campagne voor.

### Concrete beletselen op het niveau van de professional

De belangrijkste beletselen in de professionele kennis en competenties zijn:

- Uit gesprekken komt naar voren dat nog veel reguliere ggz-instellingen beperkte kennis hebben van de meer ingewikkelde problematiek die bij deze doelgroep hoort. Uit het rapport *Stoornis & Delict* komt al naar voren dat de vragen die aan de ggz gesteld worden, zullen veranderen onder invloed van de nieuwe wetgeving die gericht is op het meer ambulante behandelen. In de praktijk wordt daar te weinig op geanticipeerd.
- De professionele ontwikkeling om het aantal dwangmaatregelen tot nul te reduceren, vraagt veel van de professionals, juist voor deze doelgroep. In de praktijk leidt dat er volgens meerdere betrokkenen toe dat er in de reguliere ggz minder mogelijkheden zijn voor opname van mensen met gevaarlijk en agressief gedrag.

### Concrete beletselen op het niveau van de patiënt

Een deel van de problemen in de continuïteit van zorg is een gevolg van de keuzes die patiënten maken binnen de ruimte die ze daarvoor hebben.

- Wanneer patiënten niet meewerken aan vrijwillige ambulante zorg dan kunnen ze niet gedwongen worden. Organisaties zijn dan niet altijd in staat om hen te verleiden alsnog in contact te blijven als daar voor de patiënt geen direct voordeel tegenover staat.

### Contraproductieve prikkels

Naast de concrete beletselen zien we ook contraproductieve prikkels in de regelgeving.

- In hoofdstuk 5 gaan we dieper in op de wijze waarop zorgverzekeraars en instellingen met elkaar afspraken maken en welke gevolgen dat heeft voor de zorg aan deze doelgroep.
- In hoofdstuk 5 staan we ook stil bij de onduidelijkheid die bestaat over de verantwoordelijkheid voor de zorg aan deze doelgroep. Er zijn veel partijen betrokken, maar waar veel partijen verantwoordelijk zijn voor een deel van de zorg blijkt in de praktijk vaak niemand verantwoordelijk voor het geheel.
- Bij de ambulantisering van de ggz zijn wel concrete afspraken gemaakt over de reductie van bedden maar niet over de opbouw van ambulante voorzieningen om deze teruggang op te kunnen vangen. Als gevolg daarvan is de opbouw van ambulante zorg achtergebleven bij de afbouw van klinische plekken.
- Het lijkt erop dat bij de beddenreductie in de ggz geen rekening wordt gehouden met de noodzakelijke beschikbaarheid voor de zorg, behandeling en langdurige verblijf van deze doelgroep.
- In het bepalen van de financieringsgrond voor een opname hanteren CIZ, zorgverzekeraar en gemeenten elk hun eigen criteria zonder dat ze op voorhand gedwongen worden om een alternatief te bieden als er duidelijk een zorgbehoefte is.

### Belemmerende overtuigingen

Bovenop de concrete beletselen en contraproductieve prikkels zien we een aantal onderliggende belemmerende overtuigingen dat een goede continuïteit van zorg in de weg zit.

Het gaat in hoofdzaak om de volgende drie factoren:

- “Zorg voor deze doelgroep is niet de verantwoordelijkheid van de ggz of zorgverzekeringwet maar hoort thuis in het veiligheidsdomein.” Verschillende gesprekspartners geven aan dat zij merken dat er verschillende beelden bestaan over de partners die de maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben om ervoor te zorgen dat de continuïteit van zorg voor deze groep goed geregeld is.
- “ggz-problematiek moet zoveel mogelijk met kortdurende behandelingen worden aangepakt.” De sturingsinstrumenten in de Zvw zijn erop gericht om op korte termijn resultaat te bereiken bij patiënten. Denk aan ROM-en en dbc’s. Voor deze doelgroep is echter een langer perspectief noodzakelijk omdat een groot deel van de problematiek vele jaren speelt. Het is daarom van belang om een meer stabiele behandelrelatie met een cliënt te creëren en die is niet gebaat bij almaar veranderende indicatiestellingen en behandelaars.
- “Forensische zorg is zorg die door justitie betaald wordt.” Deze premisse is zelfs met de nieuwe WFZ in wet vastgelegd. Forensische zorg zou vanuit deze overtuiging alleen aangeboden kunnen worden als er een flink delict heeft plaatsgevonden. Dit terwijl inhoudelijk gezien forensische zorg vooral gespecialiseerde zorg is die ook voor patiënten zonder strafrechtelijke titel noodzakelijk is en beschikbaar zou moeten zijn. Ten dele wordt dat nu al ingevuld door de plaatsing op de fpa’s en fpk’s van Wlz en Zvw-patiënten. De behoefte is alleen veel groter, vooral om delicten te voorkómen. Voor een groot deel van de mensen die uitstromen uit forensische zorg geldt immers dat zij behoefte hebben aan vervolgzorg. Dat de vraag naar het type zorg ineens verandert na afloop van de strafrechtelijke titel is niet erg waarschijnlijk. Het is dus noodzakelijk dat forensische zorg breder beschikbaar is en ook vanuit Zvw en Wlz betaald kan worden.
- “De straftermijn bepaalt de horizon voor de behandeling in de forensische zorg”. Op steeds meer plaatsen wordt deze overtuiging ingeruild voor een meer realistisch beeld. Forensische aanbieder Transfore laat zien dat in een goed uitgewerkt zorgplan het passeren van de termijn waarop de strafrechtelijke titel afloopt, voetnoot is. Weliswaar is dat een moment dat administratief goed moet worden voorbereid maar het is geen einddoel.

### 4.3 Focusgebieden

De brede inventarisatie uit dit hoofdstuk laat zien dat continuïteit van zorg voor deze doelgroep in de huidige situatie niet zomaar georganiseerd is. Gelukkig zien we dat op een aantal onderwerpen verbetermaatregelen zijn ingezet of al in de steigers staan. Vooral voor de beletselen die in de keten en het stelsel ervaren worden, zijn maatregelen in voorbereiding. Dat geldt in veel mindere mate voor de perverse prikkels.

Uit de gesprekken die we met stakeholders hebben gevoerd komen drie onderwerpen naar voren waarin de huidige voorstellen nog onvoldoende voorzien. Zij geven prioriteit aan nieuwe maatregelen op het vlak van:

1. Tekort aan ‘beveiligde bedden’
2. Signalering en toegang na afloop van de strafrechtelijke maatregel of civiele titel
3. Doorstroom naar woonvoorzieningen en ambulante zorg

In hoofdstuk 5, 6 en 7 zoomt AEF in op de beletselen op deze drie focusgebieden. Voor de beletselen binnen de focusgebieden zijn verdere analyses uitgevoerd om de problematiek scherper in beeld te krijgen en voorstellen te doen voor verbetermaatregelen.



## 5 Plaatsing en inkoop van beveiligde zorg zonder strafrechtelijke titel

Uit de gesprekken met verschillende stakeholders uit het veld komt naar voren dat de toegang tot klinische 'beveiligde zorg' problematisch is voor mensen zonder strafrechtelijke titel. Daardoor is de doorstroom vanuit forensische zorg lastig te organiseren. De belemmering wordt ook sterk gevoeld bij de zorg aan mensen met een civielrechtelijke maatregel die vanuit een reguliere ggz-afdeling komen en die vanwege een crisis tijdelijk een beveiligde plek nodig hebben.

Als we de beletselen nader beschouwen dan zien we op hoofdlijnen twee onderliggende problemen die we in dit hoofdstuk verder uitwerken.

- Er is sprake van een inkoopprobleem; de inkoopstructuur van zorgverzekeraars en ggz-instellingen belemmert de beschikbaarheid van 'beveiligde zorg'.
- Er is sprake van een plaatsingsprobleem; er is geen duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg voor deze doelgroep waardoor instellingen plaatsing van deze doelgroep kunnen weigeren zonder aan een alternatief gebonden te zijn.

Allereerst geven we een nadere definitie van 'beveiligde zorg' en schetsen we een beeld van de daarmee samenhangende capaciteit.

### 5.1 Wat is beveiligde zorg?

Als in gesprekken het begrip 'beveiligde zorg' zonder strafrechtelijke titel naar voren wordt gebracht dan gaat dit met name om de klinische zorg in Zvw- of Wlz-kader die nu wordt geboden in fpc's, fpk's, fpa's, fva's, fvk's en KIB- of LIZ-afdelingen. Een deel van de patiënten die gebaat zouden zijn bij deze zorg verblijven nu op andere afdelingen, voorzieningen voor Beschermd Wonen of zijn niet opgenomen omdat er geen plek voor hen beschikbaar is.

Uit de voorbeelden die genoemd worden van patiënten waarvoor beveiligde zorg noodzakelijk is, blijkt dat het begrip 'beveiligde zorg' wel veel breder is dan alleen de hoogte van het hekwerk of de aanwezigheid van metaaldetectoren. Minstens zo belangrijk is expertise die samenhangt met de problematiek van de doelgroep:

### **Ervaring en vaardigheden in de omgang met gedragsproblematiek**

In forensische instellingen heeft het personeel **ervaring en vaardigheden in de omgang met gedragsstoornissen** in combinatie met kennis van psychiatrie. Het behandelend en begeleidend personeel heeft meer forensische kennis dan in de reguliere zorg en kan zodoende beter op gedragsstoornissen inspelen dan in een louter medische omgeving. Het personeel is getraind op het herkennen van risico's en kan daarop inspelen (risicomangement). Op deze afdelingen is het personeel meer getraind in deëscalerend handelen. Daarbij lijkt er een grotere tolerantie te zijn voor de dreiging die van deze doelgroep uitgaat. In reguliere ggz-afdelingen is te weinig forensische kennis om adequaat om te gaan met agressief en ontwrichtend gedrag.

### **Behandelklimaat**

De dagstructuur op een fpa, fpk en zeker fpc is strakker ingepland dan in een reguliere ggz-instelling. Daardoor zijn er minder verrassingen die voor spanning kunnen zorgen bij patiënten. Daarbij lijken er meer dagactiviteiten als arbeid en sport te zijn.

### **Intensiteit van de behandeling**

De **intensiteit van de behandeling** op een beveiligde afdeling is wat hoger dan de gemiddelde reguliere afdelingen. Niet voor niets gelden er hoge behandelintensiteiten op de fpa's en fpk's. Door deze intensieve benadering en dus de personele capaciteit is er ook een betere begeleiding mogelijk die meer is toegespitst op wat een patiënt nodig heeft. Deze aandacht kan niet altijd op een reguliere afdeling geboden worden.

### **Forensische kennis**

Op deze afdelingen is **forensische kennis** aanwezig over risicomangement, omgang met gedragsproblematiek en onderliggende (multi-)problematiek. Cliënten worden ook specifiek voor diagnostiek en observatie overgeplaatst (bijvoorbeeld Udo D.).

### **Fysieke structuur en beveiliging**

Voor een deel speelt de beveiliging en fysieke inrichting van de beveiligde klinieken (fpa, fpk en fpc) wel een rol in het pacificeren van agressief en ontwrichtend gedrag. Door de fysieke structuur van de afdelingen hebben incidenten een minder grote uitstraling naar andere delen van de kliniek. Er zijn meer voorzieningen voor separatie en meer afzonderingsmogelijkheden. In de regel zijn deze afdelingen prikkelarmer dan reguliere afdelingen. Het komt een enkele keer voor dat er daadwerkelijk sprake is van vluchtgevaar waardoor hoge hekken noodzakelijk zijn.

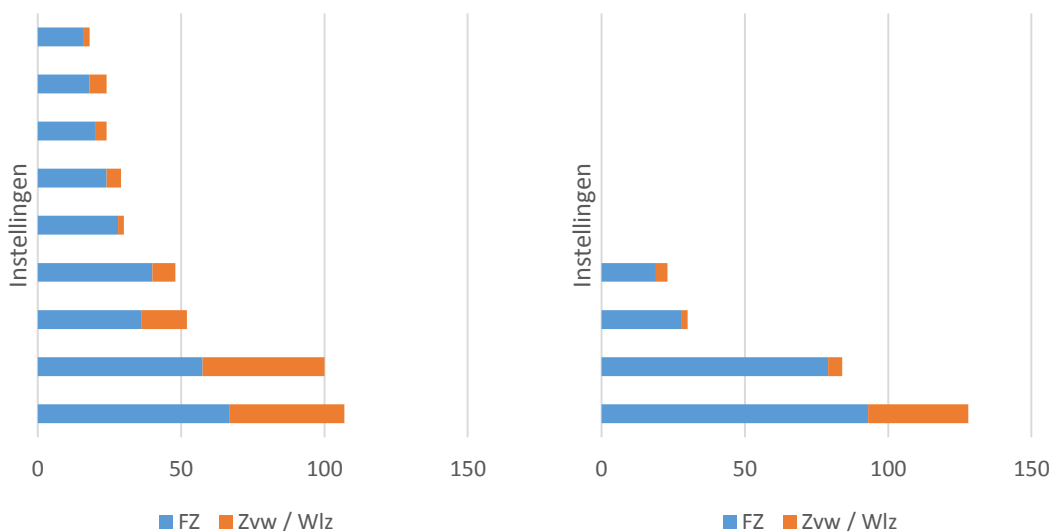
Overigens brengt de rechtspositie van iemand met een Bopz machtiging bepaalde beperkingen met zich mee. Daar dient rekening mee gehouden te worden in de structuur en toepassing van dwangmiddelen. GGZ Nederland heeft een model huisreglement ontwikkeld voor de forensische zorg dat daar rekening mee houdt.

Het is van belang om hier nogmaals op te merken dat de personen uit deze doelgroep niet per definitie in een beveiligde klinische setting thuis horen maar juist ook (langere) stabiele periodes kennen waar een ambulante setting meer geëigend is. Bovendien is behandeling in een klinische setting, en dus in gedwongen groepsverband, niet altijd de beste omgeving voor iemand met anti-sociaal gedrag.

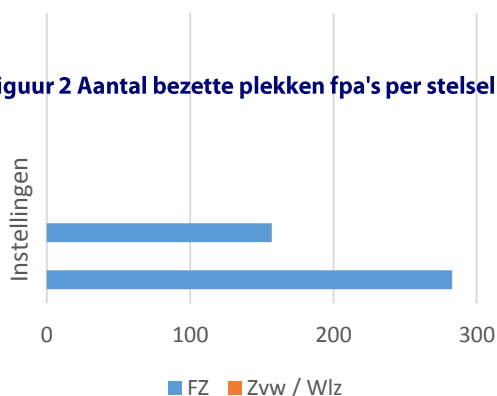
Het gaat in grote lijnen om forensische zorg, maar dan aangeboden in Zvw- of Wlz-kader. Door Radix wordt deze vorm van zorg "transforensische zorg" genoemd.

## 5.2 Huidige capaciteit aan 'beveiligde zorg' buiten strafrechtelijk kader

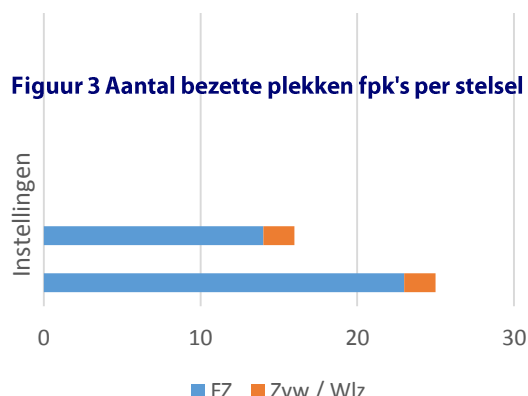
Om een beeld te krijgen van de huidige omvang van beveiligde klinische zorg buiten strafrechtelijk kader hebben we een uitvraag gedaan bij fpa's, fpk's, fpc's, fva's en fvk's. Hen is gevraagd een schatting te geven van het gemiddeld aantal plekken dat op deze afdelingen is bezet door patiënten zonder strafrechtelijke titel. Onderstaande grafieken laten daarvan de resultaten zien.



Figuur 2 Aantal bezette plekken fpa's per stelsel



Figuur 3 Aantal bezette plekken fpk's per stelsel



Figuur 4 Aantal bezette plekken fpc's per stelsel

Figuur 5 Aantal bezette plekken fva/fvk's per Stelsel

Uit de gegevens van dit onderzoek komt naar voren dat in de klinieken waarvan gegevens bekend zijn het aandeel niet strafrechtelijke zorg binnen de fpa's gemiddeld 26% is, binnen de fpk's gemiddeld 18% en op de fpc's verwaarloosbaar. Van de fva/fvk's hebben we onvoldoende gegevens om hier een uitspraak over te kunnen doen. Wat opvalt, zijn de grote verschillen tussen instellingen. Vooral het grote verschil valt op tussen één fpk en de andere drie waarvan gegevens beschikbaar zijn. Daar kunnen verschillende oorzaken achter zitten waar we straks verder op in gaan.

Als we deze cijfers met enige voorzichtigheid extrapoleren naar het totaal aantal plekken in Nederland en daar de capaciteit van de KIB's en de LIZ bij optellen dan komen we op

ongeveer 370 tot 425 plaatsen waarop op dit moment 'beveiligde zorg' wordt geboden buiten het strafrechtelijk kader.

**Tabel 2 Schatting huidig aantal 'beveiligde bedden' zonder strafrechtelijke titel**

	Aantal forensische plekken <sup>4</sup>	Aantal plekken zonder strafrechtelijke titel (Wlz / Zvw)
	<i>o.b.v. plaatsen 2015</i>	<i>Schatting op basis van extrapolatie</i>
FPA	423 (72% in analyse)	135 – 155
FPK	273 (80% in analyse)	40 – 70
FPC	1630 (27% in analyse)	30 - 35 <sup>5</sup>
FVA/FVK	66 (56% in analyse)	5 – 10
KIB	-	164 <sup>6</sup>
<b>Totaal 370 – 425</b>		

Nota bene: deze cijfers geven alleen een beeld van de huidige bezetting van deze afdelingen. Het geeft nog geen beeld van de vraag naar beveiligde zorg. Een aantal factoren is van belang in de beoordeling van deze cijfers:

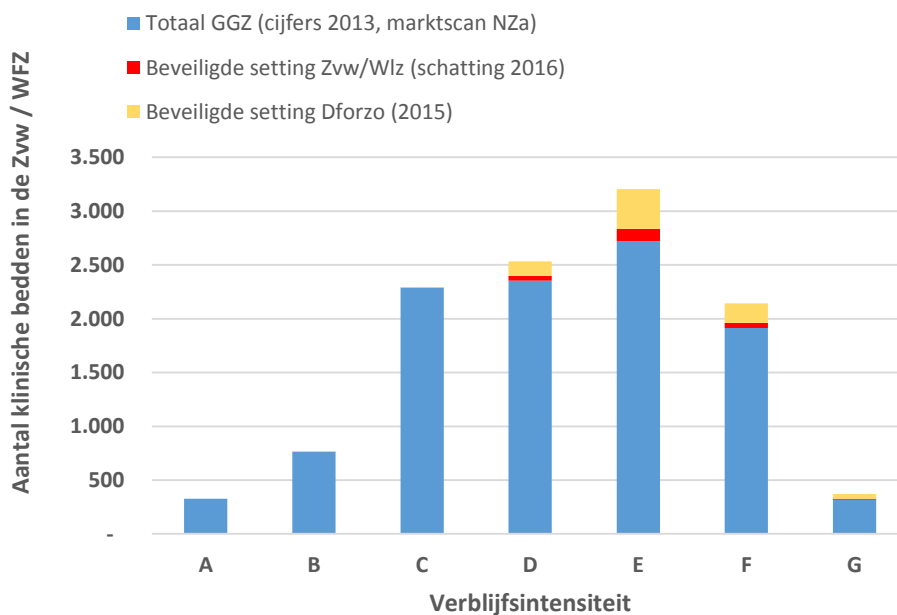
- We zien dat de klinieken en afdelingen er in het algemeen voor zorgen dat hun bedden zoveel mogelijk gevuld zijn. Als er ruimte is op de afdeling buiten de afspraken vanuit Forzo/JJI dan wordt die ruimte gebruikt voor patiënten zonder strafrechtelijke titel. In de gesprekken met instellingen zijn we geen voorbeelden tegengekomen van concrete bouwplannen of uitbreiding van afdelingen buiten de bestaande capaciteit waar al afspraken met zorgverzekeraars onder liggen. Dat betekent dat de capaciteit aan 'beveiligde zorg' buiten strafrechtelijk kader sterk samenhangt met de afspraken die Forzo/JJI maakt met deze instellingen. Als de forensische klinische zorg afneemt vanuit Forzo/JJI dan zal, is onze verwachting, de capaciteit aan 'beveiligde zorg' zonder strafrechtelijke titel toenemen.
- We zien dat de mate waarin fpa's en fpk's plekken kunnen vullen met personen vanuit de Wlz of Zvw ook afhankelijk is van de beperkingen in de gebouwen. Uit gesprekken komt naar voren dat financiering van extra capaciteit voor deze doelgroep op dit moment niet goed mogelijk is.
- Naast de 'beveiligde' afdelingen verblijven cliënten uit deze doelgroep ook op andere afdelingen. Soms omdat de beveiliging niet meer nodig en soms ook ongewenst omdat er geen capaciteit meer beschikbaar is. Er zijn ook verschillende afdelingen die zorg leveren die niet als 'forensisch' gelabeld is. denk aan Long stay afdelingen, HIC's, dubbele diagnoseklinieken. Zo is er een aantal klinieken waar de fpa binnen een gebouw ligt waar ook andere afdelingen op gehuisvest zijn die soortgelijke voorzieningen hebben en waar uitwisseling van patiënten plaatsvindt.
- De grote verschillen tussen fpa's onderling en fpk's onderling laten ook zien dat er sprake is van grote regionale verschillen in de beschikbaarheid van 'beveiligde bedden'. Uit de gesprekken komt naar voren dat met name in de randstad een gebrek aan fpk-plekken ervaren wordt.
- De behandelintensiteit is hoog op deze afdelingen, maar er zijn ook veel andere afdelingen binnen de ggz waar de behandelintensiteit op een vergelijkbaar of hoger niveau is. Onderstaande grafiek geeft een schatting van de verdeling van deze zorg over de verschillende verblijfsintensiteiten ten opzichte van het totaal in de ggz. Omdat exacte

<sup>4</sup> DJI, "Forensische zorg in getal 2015", april 2016

<sup>5</sup> Aantallen op basis van AO GGZ en niet op basis van de cijfers uit dit onderzoek

<sup>6</sup> Trimbos, "In profiel – klinieken voor intensieve behandeling"

en recente cijfers ontbreken is een aantal aannames gedaan om daar een grof inzicht te geven in de onderlinge verhoudingen. Op basis van de marktscan van de NZa is de verdeling in de totale ggz bekend. De beveiligde bedden zijn in beeld gebracht op basis van de cijfers uit tabel 3 en een verdeling over behandelintensiteiten uit het Inkoopdocument forensische zorg 2016. We zien dat de behandelintensiteit weliswaar hoger is dan het gemiddelde maar dat het in absolute zin om kleine aantallen gaat. Aantekening hierbij is dat de patiënten die zonder titel op een beveiligde plek terecht komen in de regel een hogere intensiteit nodig hebben dan de zittende populatie op de fpa en fpk, deze zijn immers min of meer gestabiliseerd.



**Figuur 6 Verhouding in verblijfsintensiteiten tussen totale ggz en 'beveiligde bedden' (excl. KIB)**

- Bij SGLVG is een vergelijkbare analyse te maken. Op de afdelingen die forensische SGLVG plekken aanbieden op beveiligingsniveau 2 en 3 worden ook patiënten behandeld met een Wlz-indicatie. Op basis van een beperkte steekproef van drie afdelingen zien we dat ongeveer 40% van de plekken bezet is door patiënten met een andere indicatie.
- Er zijn dus verschillende instellingen die forensische zorg leveren aan cliënten zonder strafrechtelijke titel. Op dit moment is er een aantal instellingen dat nieuw aanbod heeft op hun fpa specifiek voor deze groep of dat daarvoor plannen in ontwikkeling heeft.

Verschuiven instellingen met een fpk hebben aangegeven met grote regelmaat (meerdere keren per week) patiënten zonder strafrechtelijke titel te moeten weigeren. Het gaat hierbij vaak om kortdurende crisisopnames en niet om een continue wachtlijst. De vraag naar capaciteit is zeker bij de fpk's die beperkte opnamecapaciteit hebben veel groter dan het aanbod.

### 5.3 De verantwoordelijkheden in de plaatsing zijn niet helder zonder straftitel

In de appendix en hoofdstuk 4 is beschreven dat het vinden van een geschikte plaats voor iemand uit deze doelgroep soms erg lastig is als er geen strafrechtelijke titel meer loopt.

### **Instellingen hanteren verschillende argumenten om iemand niet op te nemen op een afdeling voor beveiligde zorg**

Als een opname wenselijk is voor deze doelgroep zonder strafrechtelijke titel dan hebben instellingen verschillende argumenten, nog los van de beschikbaarheid van een bed, om iemand niet op te nemen:

- de casus is “geen psychiatrie in enge zin” waardoor er geen behandelgrond zou zijn op basis van de Wet Bopz (onbehandelbaar)
- er is sprake van co-morbiditeit waar de instelling geen ervaring mee heeft zoals LVB en verslavingsproblematiek
- daarnaast zijn er verschillende andere contra-indicaties zoals de aanwezigheid van bekenden uit hun criminele circuit of juist slachtoffers op de afdeling waar een opname plaats moet vinden

Bovenstaande argumenten kunnen allemaal valide zijn, maar het gevolg is dat iemand van adequate zorg verstoken blijft. Daardoor lopen patiënt en samenleving een onverantwoord risico.

### **Als er sprake is van een strafrechtelijke titel dan geldt er een opnameplicht**

Opname met een strafrechtelijke titel is in het algemeen redelijk goed geregeld. De Wfz voorziet in een opnameplicht voor instellingen die een contract hebben voor forensische zorg. Artikel 6.1 verplicht instellingen om zorg te leveren na plaatsing van een patiënt door de minister op straffe van een bestuurlijke boete. Deze opnameplicht is nu opgenomen in de contracten die Forzo/JJI afsluit met aanbieders van forensische zorg. Hierin is een vergelijkbare bepaling opgenomen die gevolgen kan hebben voor het contract van de instelling.

### **Het OM maakt beperkt gebruik van de aanwijzingsbevoegdheid In het geval van een civielrechtelijke maatregel**

Voor de reguliere ggz geldt momenteel alleen een opnameplicht als de Officier van Justitie (OvJ) gebruik maakt van zijn bevelsbevoegdheid uit de Wet Bopz. Artikel 10.2 geeft de OvJ de mogelijkheid een psychiatrisch ziekenhuis te bevelen om een patiënt op te nemen als dat een week na dagtekening van de voorlopige machtiging nog niet is gebeurd. Ook bij In bewaringstelling heeft de OvJ volgens artikel 24 de mogelijkheid om een instelling te verplichten iemand op te nemen als dat 24 uur na de beschikking van de burgemeester nog niet is gebeurd.

Uit gesprekken die in het kader van dit onderzoek zijn gevoerd, blijkt dat OvJ' s in de praktijk inderdaad gebruik maken van deze bevoegdheid. Dat doen zij wel met grote terughoudendheid omdat het de werkrelatie met deze instellingen kan schaden. De opnameplicht strekt logischerwijs alleen tot de opname. De OvJ kan een instelling niet verplichten om iemand opgenomen te houden. Dat kan betekenen dat een instelling iemand na stabilisatie weer op straat zet, zonder dat de gedragsproblematiek daadwerkelijk is verbeterd en het risico dus niet is afgenomen. Instellingen hebben geen wettelijke verplichting om vervolgzorg te organiseren. In de Wvvgz vervalt de bevelsbevoegdheid voor het OM waardoor het nog lastiger kan worden om in deze gevallen een opname te bewerkstelligen.

### **Er zijn geen dekkende verplichtingen voor aanbieders om zorg te bieden**

De Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) verplicht ggz-instellingen om gezamenlijk afspraken te maken over de crisisfunctie in de regio. Deze afspraken bevatten echter geen dwingende component en de regio-indeling is ambigue. Voor de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet Zorginstellingen in de jaren negentig gold de opnameplicht in het eigen ‘verantwoordelijkheidsgebied’ van de betreffende crisisdienst. Volgens GGZ Nederland is het instellingen met de invoering van marktwerking verboden om onderling de markt te verdelen

en dus om zelf dergelijke afspraken te maken. Hiermee is de regionale opnameplicht vervallen.

### **Er wordt maar beperkt een aanspraak gedaan op de zorgplicht van zorgverzekeraars**

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht voor hun eigen verzekerden op basis van de Zvw. Dat betekent dat als iemand geïndiceerd is voor beveiligde zorg dat zij daarvoor een plaats moeten regelen. Als een instelling geen afspraken heeft met een zorgverzekeraar of al aan zijn productieplafond is, dan kan een zorgverzekeraar vragen om de patiënt naar een andere aanbieder te verwijzen als daar nog ruimte in afspraken is. In de praktijk betekent dat dat een behandelrelatie met een kwetsbare patiënt verbroken moet worden waardoor een groot deel van het opgebouwde vertrouwen verdwijnt.

Enkele verzekeraars geven aan geen generieke afspraken te maken met instellingen over de mogelijkheid voor het leveren van beveiligde zorg maar deze verzoeken altijd apart te behandelen. In de regel is dan een aparte medische toets vanuit de verzekeraar noodzakelijk voordat toestemming wordt geleverd. Dat betekent vaak een administratief proces dat een snelle plaatsing in de weg zit.

We zijn in het onderzoek ook geen voorbeelden tegengekomen van zorgverzekeraars die op dit vlak hun verantwoordelijkheid proactief invullen door sluitende afspraken te maken over deze doelgroep.

### **Er worden steeds meer afspraken in de keten gemaakt; maar deze zijn nog niet sluitend**

Een aantal reguliere ggz-instellingen heeft afspraken gemaakt met andere instellingen die beveiligde zorg kunnen bieden voor kortdurende opschaling naar een verblijfssetting met beveiligde zorg, vaak met een terugnamegarantie. Er is echter geen systeem van dekkende afspraken over de verantwoordelijkheid voor dergelijke kortdurende opschalingsmogelijkheden in een regio. Er zijn dan ook verschillende instellingen met een fpa of fpk die alleen plaatsing vanuit hun eigen instelling of concern toestaan. Dat betekent een zware restrictie op de toegang tot beveiligde zorg die in crisisgevallen wel noodzakelijk is. Dat geldt met name voor die fpa's en fpk's die slechts beperkte capaciteit beschikbaar hebben voor patiënten zonder strafrechtelijke titel.

Een deel van de beveiligde bedden voor patiënten zonder strafrechtelijke titel wordt ingezet om mensen een plek te bieden voor wie geen adequate vervolgzorg geregeld kan worden. Dat kan komen doordat iemand er nog niet klaar voor is, maar het komt ook voor dat het met name komt doordat er geen instellingen zijn die deze persoon willen opnemen. Met name binnen de SGLVG lijkt de doorstroom naar minder beveiligde plekken in de keten te stokken.

Uit bovenstaande constateren we dat er onvoldoende regie is op de plaatsing van deze kwetsbare doelgroep. Er zijn geen afspraken die ervoor zorgen dat iemand altijd terecht komt op de plek waar het risico voor de patiënt en de maatschappij op korte en lange termijn het beste te beperken is.

Uit de gesprekken komt naar voren dat plaatsing van deze ingewikkelde doelgroep wel werkt als er intensieve samenwerking plaatsvindt die gedragen wordt door zeer betrokken professionals en bestuurlijk commitment. In dat geval hoeven administratieve procedures de plaatsing niet in de weg te zitten. Door regionale afspraken te maken over doorplaatsing als iemand gestabiliseerd is, is de instelling die de crisisfunctie verzorgt ook beter in staat om mensen uit deze doelgroep op te nemen zonder het risico te lopen zelf dicht te slibben. Door tevens afspraken te maken over opschaling als dat nodig is, durft op haar beurt de andere instelling deze persoon ook op te nemen. Deze vorm van samenwerking is echter niet in alle regio's geborgd.

## 5.4 De huidige inkoopmodellen belemmeren de beschikbaarheid van 'beveiligde zorg'

In de sturingsmodellen die zorgverzekeraars hanteren voor de inkoop bij ggz instellingen zitten prikkels die maken dat er onvoldoende beveiligde capaciteit beschikbaar is.

### **Beveiligde bedden zijn geen expliciet onderwerp van de inkoop**

Zorgverzekeraars en ggz-instellingen maken afspraken over het aantal dbc's (Q) dat een instelling mag leveren en over het gemiddelde dbc-tarief (P). Samen maken zij het 'vierkant' (budget) dat de instelling beschikbaar heeft. Uit alle gesprekken komt naar voren dat de gemiddelde dbc-prijs en het totale vierkant de meest bepalende elementen zijn in de onderhandeling. Zorgverzekeraars sturen sterk op de gemiddelde dbc-prijs en vergelijken instellingen onderling met elkaar.

Zorgverzekeraars geven aan dat zij door instellingen niet of zeer beperkt aangesproken worden over het aantal beveiligde bedden. Dit terwijl instellingen bij GGZ Nederland en het ministerie van VWS signalen afgeven over capaciteitstekorten op dat vlak. Deze schijnbare tegenstelling komt primair doordat het gesprek tussen instelling en zorgverzekeraar niet over specifieke doelgroepen of afdelingen gaat. Deze bedden zitten verstopt in het totale vierkant en zijn zodoende zelden expliciet onderwerp van gesprek. Ook als het wel expliciet op tafel komt dan leidt het niet tot specifieke afspraken maar tot een kleine verhoging op de gemiddelde dbc-prijs.

### **Er is sprake van onderlinge concurrentie van zware doelgroepen in de klinische ggz**

Als een instelling meer beveiligde bedden wil inrichten om zorg te kunnen leveren aan deze doelgroep dan hebben zij een uitbreiding nodig van het aantal e-, f- en g-bedden. Dat betekent echter een toename in de P die ergens gecompenseerd moet worden. Uit gesprekken komt naar voren dat zorgverzekeraars in dit geval sturen op het leveren van extra goedkope productie in de ambulante sfeer zodat het gemiddelde laag blijft. Dat zijn echter geen communicerende vaten.

Verschillende instellingen geven aan dat hun gemiddelde klinische DBC-prijs over de afgelopen jaren min of meer constant is gebleven. Dat betekent dat er geen intensivering van de behandelingen heeft plaats gevonden terwijl dit volgens de RvZ in hun onderzoek "Stoornis en Delict" wel noodzakelijk is en ook logisch zou volgen uit het ingezette traject van ambulantisering omdat de achterblijvende populatie zwaarder is. Een instelling moet daarom andere intensieve vormen van zorg afbouwen om meer 'beveiligde zorg' te kunnen leveren.

Naast het vierkant kennen de overeenkomsten tussen aanbieders en instellingen ook verschillende andere bepalingen die meestal toezien op een maximaal aantal producten per zware categorie. Bijvoorbeeld in aantallen ligdagen of in aantallen zware dbc's. Ook daar is sprake van concurrentie tussen zware doelgroepen.

Er is kortom sprake van concurrentie tussen verschillende patiëntengroepen in het intensieve segment. Zoals uitgewerkt in hoofdstuk vier komt uit verschillende bronnen naar voren dat binnen de ggz extra drempels ervaren worden voor de opname van deze groep patiënten. Dit maakt dat deze doelgroep in de concurrentie om intensieve behandelplekken op achterstand staat en 'het vierkant uitgeduwd' wordt. Er zijn veel meer intensieve behandelplekken binnen de ggz, zoals blijkt uit figuur 6, maar kennelijk is het voor ggz-instellingen niet mogelijk of aantrekkelijk om daarbinnen te schuiven om 'beveiligde capaciteit' op te bouwen voor deze doelgroep.



Daarnaast is door het afschaffen van het representatiemodel van zorgverzekeraars in 2014 ook een deel van de continuïteit en kennis in de onderhandeling verdwenen. Als gevolg daarvan kan een instelling met enkele complexe patiënten al snel aan het plafond zitten van de afspraken met een verzekeraar.

### **Verzekeraars krijgen onvoldoende prikkels om voldoende beveiligde zorg in te kopen**

De zorgverzekeraars krijgen in het huidige inkoopmodel geen of onvoldoende prikkels om voldoende zorg te garanderen (door inkoopafspraken) voor deze doelgroep en leggen de afweging om te schuiven tussen patiëntengroepen neer bij de instellingen. Dat komt niet zozeer door de onderhandelingspositie van één van beide partijen maar eerder doordat het een relatief klein onderdeel van de zorg gaat.

Bovenstaande overwegingen laten zien dat de wijze waarop de inkoop werkt op dit moment leidt tot onvoldoende beschikbare 'beveiligde' plaatsen voor deze doelgroep. Als gevolg daarvan stromen mensen ongewild uit of verblijven onnodig lang op een te zware of juist te lichte afdeling.

Er is beter zicht nodig op de samenhang tussen reguliere afdelingen en forensische zorg in Zvw- en Wlz-kader op een regionale of bovenregionale schaal. Hoeveel capaciteit is er nodig om te kunnen opschalen als dat gewenst is en voor hoeveel patiënten is een langduriger traject noodzakelijk? De huidige gefragmenteerde vorm van onderhandelingen tussen individuele zorgverzekeraars en individuele aanbieders lost dit probleem niet op.

De Tweede Kamer heeft gevraagd naar mogelijke **verdringing** van beveiligde zorg in het reguliere ggz kader door forensische zorg. De hogere tarieven in de forensische zorg zijn hierbij als mogelijke oorzaak genoemd.

Uit de gesprekken die in het kader van dit onderzoek zijn gevoerd, zijn geen indicaties naar voren gekomen dat er sprake is van verdringing van reguliere zorg door forensische zorg.

Doordat de tarieven voor forensische zorg vanuit Forzo/JJI zijn gedaald in de afgelopen jaren zijn zij bijna gelijk aan de tarieven in de reguliere zorg. Vanuit dat perspectief is een zware voorkeur voor strafrechtelijke financiering niet meer aan de orde.

De financiers (zorgverzekeraars en Forzo/JJI) moeten met hun aanbieders vaststellen welke capaciteit nodig is. Omdat het aanbod goed op elkaar moet aansluiten om continuïteit te waarborgen is het van belang dat de financiers afspraken maken over de inkoop aan beveiligde zorg.

In beginsel zijn de budgetten van de curatieve ggz in de Zvw/Wlz en de forensische zorg die door Forzo/JJI wordt ingekocht niet aan elkaar gekoppeld. De stijging van het aantal plekken dat door Forzo/JJI wordt ingekocht leidt dus niet automatisch tot een daling van het beschikbare budget in de Zvw.

Doordat instellingen geen ruimte zien om te investeren in capaciteit en zorgverzekeraars geen afspraken maken over behoud van capaciteit voor hun cliënten is er per saldo sprake van communicerende vaten. Daardoor kan de inkoop in het ene kader effect hebben op dat in het andere. Daarom is goede afstemming tussen financiers van belang.

Een van de aanbevelingen in dit rapport is een veldnorm te ontwikkelen die voor een evenwicht tussen de vraag naar en aanbod van beveiligde zorg kan bijdragen.

Met de teruggang in het aantal ggz bedden in de Zvw is er sprake van concurrentie tussen verschillende doelgroepen. Daarin is onze observatie dat forensische zorg zonder strafrechtelijke titel door andere doelgroepen wordt verdrongen. Het is noodzakelijk dat zorgverzekeraars meer structurele capaciteit inkopen aan beveiligde zorg zodat instellingen ruimte zien om hierin te investeren en verzekeraars aan hun zorgplicht kunnen voldoen. Voorstel voor een nieuwe benadering van de inkoop, plaatsing en doorstroom

Concluderend stellen wij dat de huidige beveiligde voorzieningen buiten het strafrechtelijk kader onvoldoende zijn. Er is op basis van de beschikbare informatie geen hard oordeel te geven over de omvang van het capaciteitstekort aan beveiligde zorg maar er zijn wel voldoende aanwijzingen om vast te stellen dat er een tekort is:

- disbalans tussen verschillende fpa's en fpk's
- wachtlijsten van fpa's
- afwijzingen van fpk's
- ontwikkeling van nieuwe initiatieven op het gebied van transforensische zorg.

Het gaat echter om meer dan alleen 'beveiligde bedden'. Het uitbreiden van de capaciteit van beveiligde bedden heeft geen nut als deze niet zijn ingebed in een keten die door- en terugplaatsing mogelijk maken. Het bieden van die goede keten van zorg voor deze doelgroep is primair de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de ggz die daar op dit moment door de problematiek in de inkoop niet in kan voorzien. Als gevolg daarvan is de zorg voor deze doelgroep niet optimaal en dat is in dit geval potentieel gevaarlijk. Om de zorg voor deze doelgroep beter te organiseren is het noodzakelijk om deze patiënten niet te laten verdwijnen in het vierkant van de inkoopmodellen van alle verschillende zorgverzekeraars en aanbieders.

Een goede oplossing de problematiek van inkoop en plaatsing voor deze doelgroep voldoet ons inziens aan de volgende criteria:

- het leidt tot bredere beschikbaarheid van forensische zorg buiten het strafrechtelijk kader om deze doelgroep te kunnen bedienen zonder te hoeven wachten op een delict
- het leidt tot regionale samenwerkingsafspraken in een gesloten keten waar zowel beveiligde zorg als ambulante zorg onderdeel van uitmaken zodat cliënten ook snel weer kunnen doorstromen
- er is sprake van een inkooprelatie met voldoende inhoudelijke expertise die langetermijn investeringen mogelijk maakt
- de financieringswijze doet recht aan het chronische karakter van de problematiek in deze doelgroep.

Om tot goede inkoopafspraken te komen is het noodzakelijk dat er een gedeelde veldnorm tot stand komt over de samenhang tussen beveiligde en reguliere zorg. Hierin worden afspraken gemaakt over:

- verhouding in capaciteit tussen beveiligde en reguliere zorg
- dekkende regionale verantwoordelijkheidsverdeling voor de beveiligde klinieken
- opnamecriteria voor de beveiligde klinieken (fpa/fva en fpk/fvk)
- werkwijze voor aanmelding en terugplaatsing inclusief een terugplaatsingsgarantie.

Concreet stellen wij het volgende model voor:

- De inkoop van zorg voor deze doelgroep vindt plaats door gemandateerde inkopers in een beperkt aantal, nader uit te werken, regio's namens alle zorgverzekeraars. Dat kan in de vorm van marktleidersmandaat, het representatiemodel of van een bijzonder zorgkantoor. Deze inkoper stemt zijn beleid over producten, productieomvang en tarieven af met het ministerie van V&J.

- In elke regio in Nederland wordt een beperkt aantal concessies verleend aan aanbieders voor het leveren van beveiligde zorg (fpa). Zo ontstaat een landelijk dekkend netwerk van afspraken over kortdurende acute opnames en opschalingsmogelijkheden voor beveiligde zorg. Deze afspraken behelzen ook een terugnamegarantie en consultatiefunctie vanuit de gespecialiseerde klinieken. Opschaling gebeurt zoveel mogelijk in de eigen regio om het contact met behandelaren en naasten zo laagdrempelig mogelijk te houden. Voor die voorzieningen die een landelijke functie hebben (fpk) worden bovenregionale afspraken gemaakt.
- Zoals ook nu in NZa-regelgeving is opgenomen wordt de forensische zorg in Zvw- en Wlz-kader geleverd door instellingen die ook forensische zorg in strafrechtelijk kader verlenen. Om verdere versnippering te voorkomen is een uitbreiding van het aantal instellingen dat deze zorg levert onwenselijk. Een voorwaarde voor het kunnen leveren van forensische zorg buiten strafrechtelijk kader is een integratie in de regionale zorgketen.
- Op basis van de regionale ketenafspraken maakt de inkoper een plan voor de noodzakelijke uitbreiding van de capaciteit van beveiligde zorg en maakt hierover afspraken met aanbieders.
- Voor de totstandkoming van deze afspraken overlegt de zorgverzekeraar met vertegenwoordigers van de beleidsoverleggen van de Veiligheidshuizen uit zijn regio.
- Indicatiestelling uit het strafrechtelijke traject loopt voor 90 dagen door in het civiele deel voor deze doelgroep zoals eerder is voorgesteld binnen het programma Continuïteit van zorg. De afspraken<sup>7</sup> tussen zorgverzekeraars, instellingen en NZa laten nu al een ruimer aantal verwijzers toe (niet alleen huisarts, maar ook psychiater van een PAAZ of GGZ instelling, straatdokter of een specialist in een ziekenhuis)
- Indicaties zijn gekoppeld aan persoonlijke zorgplannen. Een zorgplan is erop gericht een patiënt naar een stabiele situatie te begeleiden op een niveau dat voor deze cliënt haalbaar is. Financiering vindt plaats op basis van trajecten uit het zorgplan. Indicaties bieden ruimte om in te spelen op een veranderend toestandbeeld van de patiënt.
- Aansluitend op de regionale aanpak komt er een plaatsingscoördinator vanuit de inkoper die zicht heeft op de actuele verdeling van capaciteit. Hij kan, als instellingen er niet uitkomen, plaatsing afdwingen op grond van de contracten tussen aanbieders en inkoper. Hij houdt zicht op de gewenste doorstroom naar ambulante voorzieningen en andere woonvormen.

Omdat de problematiek in deze doelgroep terugkerend is, is het belangrijk om in de regionale keten cliënten ook in beeld te houden als zij geen klinische zorg meer krijgen. In het volgende hoofdstuk gaan we hier dieper op in.

## 5.5 Hoe verder?

Als de voorgestelde aanpak wordt gevolgd dan is actie nodig vanuit verschillende partijen. De belangrijkste stappen zijn:

- |                      |  |
|----------------------|--|
| GGZ Nederland en VGN | — Ontwikkel een veldnorm voor de samenwerking tussen beveiligde klinieken, reguliere ggz instellingen en aanbieders van verstandelijk gehandicaptenzorg. Stem hierin af met Zorgverzekeraars Nederland over indeling in regio's en de omvang |
|----------------------|--|

<sup>7</sup> GGZ Nederland, Platform Meer GGZ1, Zorgverzekeraars Nederland, VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit, het Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants, "Plan van aanpak verantwoording behandelingen en jaarrekeningen curatieve ggz naar aanleiding van de NBA audit alert 32", december 2014

- van de benodigde capaciteit aan beveiligde bedden niveau 2 en 3.
  - Neem in de veldnorm ook een werkwijze op waarin instellingen tot een sluitende procedure kunnen komen voor plaatsing op regionale of landelijk schaarse capaciteit. Stem af met Zorgverzekeraars Nederland op welke wijze de zorgverzekeraars dan wel zorgkantoren vanuit hun zorgplicht hun verantwoordelijkheid nemen in de plaatsing voor deze groep als instellingen er zelf niet uitkomen.
  - Voer een experiment uit met de 90 dagenregeling waarmee de doorstroom tussen strafrechtelijk en civielrechtelijk kader wordt versterkt.
  - Dien een verzoek in bij de NZa voor de ontwikkeling van een zorgproduct voor het leveren van beveiligde zorg onder de Zvw en Wlz op beveiligingsniveau 4.
  - Stimuleer aanbieders om bij de NZa een signaal af te geven als er sprake is van concrete belemmeringen in de beschikbaarheid 'beveiligde zorg' voor een cliënt als gevolg van het inkoopbeleid van zorgverzekeraars en zorgkantoren.
- NZa
- Neem in de doorontwikkeling van de productstructuur in de ggz mee in welke mate de structuur ondersteunend is in de levering van chronische zorg aan patiënten die, waarschijnlijk, hun leven lang enige vorm van psychiatrische zorg nodig hebben.
- Zorgverzekeraars Nederland
- Werk een inkoopmodel uit waarin de inkoop van beveiligde klinische capaciteit via één kanaal verloopt.
  - Werk met aanbieders, VGN en GGZ Nederland een aanpak uit voor de ontwikkeling van extra beveiligde capaciteit op beveiligingsniveau 2 en 3. Gebruik hiervoor de veldnorm.
  - Zorg voor regio-overstijgende/landelijk dekkende afspraken over de toegang tot beveiligde zorg in samenhang met regionale ketens.
  - Werk samen met aanbieders uit op welke wijze zorgverzekeraars hun zorgplicht kunnen invullen als instellingen er onderling niet uit komen over plaatsing van een cliënt.
- Ministerie van VWS
- Ondersteun GGZ Nederland bij de uitwerking van de veldnorm voor beveiligde zorg in niet-strafrechtelijk kader.
  - Benut de pilots met de 90 dagenregeling in de spotlightregio's van het programma Continuïteit van zorg om in beeld te brengen welke aanpassingen in wet- en regelgeving noodzakelijk zijn voor invoering van deze methodiek.
- Ministerie van VenJ
- Benut de pilots met de 90 dagenregeling in de spotlightregio's van het programma Continuïteit van zorg om in beeld te brengen welke aanpassingen in wet- en regelgeving noodzakelijk zijn voor invoering van deze methodiek.

## 6 Signalering en toegang in een levensloopfunctie

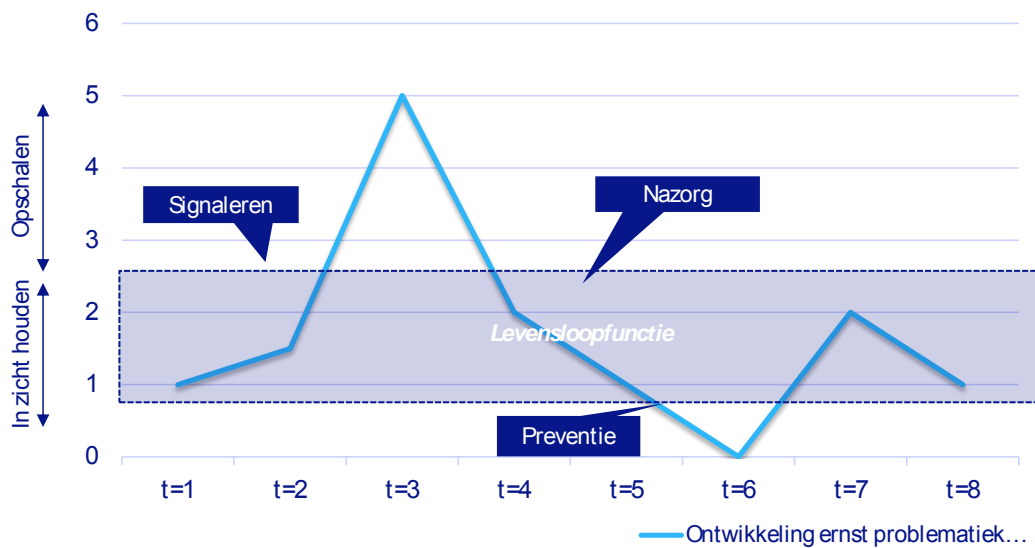
Uit de analyse van beletselen komt naar voren dat het lastig is om personen uit deze doelgroep goed in beeld te houden als de strafrechtelijke en civielrechtelijke titels zijn afgelopen. Naast de signalering van de risico's is ook de toegang tot zorg soms ingewikkeld waardoor niet adequaat kan worden gereageerd. Om meer grip te krijgen op deze problematiek is het noodzakelijk om een langer perspectief te hanteren en niet alleen op actuele situaties, maar ook in de langere levensloop van patiënten ondersteuning te kunnen bieden.

### 6.1 Hoe kan een levensloopfunctie voorzien in signalering en toegang?

Een kenmerk van deze doelgroep is dat zij perioden van relatieve stabiliteit afwisselen met perioden waarin hun gedrag escaleert. Als na enige tijd de strafrechtelijke maatregel of civiele titel afgelopen dan raakt een deel van deze doelgroep buiten beeld. Dat die titel is afgelopen wil niet zeggen dat de problematiek onder controle is. Ze zijn bekend bij verschillende organisaties maar die zijn niet altijd in staat om te voorkomen dat zij uit zorg vallen, overlast veroorzaken of erger. De keten komt vaak pas weer in actie als zich een incident voordoet, soms met alle risico's van dien. Het is daarom belangrijk om, ook als er geen titel of maatregel loopt en toezicht van de reclassering niet aan de orde is, toch een vorm te vinden waarin zicht blijft op de risico's in het gedrag van deze doelgroep en tijdig en adequaat zorg geboden kan worden.

Een belangrijk gegeven voor deze doelgroep is dat de problematiek voor een groot deel chronisch is. Dat wil zeggen dat veel van de huidige structuren die gericht zijn op een tijdelijke interventie niet aansluiten. Het betekent vaak een periodieke herhaling van administratieve hobbels om zorg en begeleiding in de lucht te kunnen houden.

In dit hoofdstuk verkennen we op welke wijze een levensloopfunctie vorm zou kunnen krijgen die structureel zicht houdt op risicovol gedrag en snel hulp kan bieden als dat nodig is.



**Figuur 7 Levenslooppuntie heeft een signalerings- en een toegangsfunctie**

#### CASUS Bart van U.

De wapenvergunning van Bart van U. was ingetrokken, naar alle waarschijnlijkheid mede door meldingen van zijn familie over zijn verwarde psychische toestand. Door een anonieme melding van illegaal wapenbezit kon Van U. in 2012 worden veroordeeld tot een gevangenisstraf van drie jaar. Deze heeft Van U. nooit uitgezeten. Een bevel tot gevangenneming is nooit uitgevoerd en de naam van Van U. stond niet in het nationale opsporingsregister. Daarbij is het DNA van Van U. niet afgenomen bij zijn aanhouding, wat wel had moeten. De familie van Van U. en Bart van U. zelf hebben meerdere meldingen gedaan over zijn toestand bij de wijkagent, gevangenis, reclasseringsmedewerkers, een forensisch arts en de acute dienst ggz, maar hij kwam niet in aanmerking voor gedwongen opname omdat zijn gedrag onderhevig was aan wisselingen en hij geen gevaar voor zichzelf of voor anderen zou zijn.

Na het 99ste congres van D66 in Amsterdam, was mevrouw Borst in haar woning in Bilthoven op gewelddadige wijze om het leven gebracht door Bart van U. Van U. heeft in het jaar daarna meermaals tevergeefs de aandacht op zich proberen te vestigen bij de politie. Een jaar na de dood van mevrouw Borst, vermoordde Bart van U. zijn zus waarna de politie hem in verband bracht met de dood van mevrouw Borst.

Deze casus geeft de indruk dat er te weinig aandacht besteed is aan signalen die regelmatig gegeven waren over het mogelijk gevaar voor de samenleving dat Bart van U. vormde. En dat van U. geen toegang kreeg tot noodzakelijke zorg ook al gaf hij zelf aan daar behoefte aan te hebben.

## 6.2 Beletselen bij het in zicht houden van patiënten en snel opstarten van zorg

In hoofdstuk 4 is een aantal beletselen beschreven waardoor het in het huidige systeem en in regelgeving niet eenvoudig is om een levenslooppuntie te organiseren. Het gaat in hoofdlijnen om de volgende beletselen:

- Zorgverleners hebben geen prikkel om bij het beëindigen van de behandeling nog in contact te blijven met hun patiënten.

- Zoals aangegeven door het Aanjaagteam Verwarde Personen hebben familie en naasten geen logische aanspreekpunten om hun signalen te delen over de risico's die zij zien in het gedrag en functioneren van een patiënt.
- Niet alle hulpverleners zijn in staat om een goede inschatting te maken van de risico's in het gedrag en functioneren van een patiënt. Daarvoor is specifieke expertise nodig.
- Organisatie in de zorg- en justitieketen wisselen onvoldoende informatie uit voor een integraal beeld.
- Mensen worden vanuit elk stelsel en vraagstuk apart benaderd. Hulpverleners hebben een smal mandaat en kunnen daardoor geen maatwerk bieden. Hierdoor is voor patiënten minder motivatie om mee te werken.
- Mensen uit deze doelgroep zijn vaak wantrouwend en zullen zorg mijden. Contact met behandelaren die zij vertrouwen wordt niet doorgezet.

Als er signalen zijn dat er sprake is van risicovol gedrag dan zijn er verschillende problemen die ingrijpen bemoeilijken:

- Als mensen zelf aangeven dat zij hulp nodig hebben dan is daar niet altijd de mogelijkheid toe. In afgelopen jaren zijn laagdrempelige inloopvoorzieningen afgebouwd in veel regio's.
- De drempels om in te stromen in de Wlz en Zvw zijn strikt. Vaak is pas bij een incident of crisis voldoende momentum om iemand in zorg te nemen.
- Het ontbreekt aan een passend productaanbod. Vanwege de multiproblematiek van de doelgroep voelt niet één instelling zich geroepen of in staat de persoon in behandeling te nemen. Dit vraagt maatwerk en samenwerking.
- Wanneer de doelgroep toenadering en hulp zoekt (bijvoorbeeld: melding bij de crisisdienst) blijkt het herstarten van (preventieve) zorg vaak niet mogelijk omdat de zorgvraag niet acuut of ernstig genoeg is voor een dwangopname en omdat er voor vrijwillige opnames wachtlijsten gelden.

### 6.3 Huidige vormen van de levensloopfunctie

Ondanks de hierboven beschreven problematiek zijn er wel voorbeelden van instellingen, gemeenten en anderen die onderdelen van de levensloopfunctie succesvol in de praktijk brengen.

De FPK van Inforsa houdt **verbinding** met de mensen die bij hen op de kliniek verbleven. De behandelaren hebben gedurende het verblijf een vertrouwensband opgebouwd en houden deze vast in de periode daarna als mensen in andere instellingen verblijven of weer in hun eigen omgeving zijn teruggekeerd. Door met enige regelmaat contact te houden met een telefoontje kunnen ze in de gaten houden hoe het met hun patiënten gaat en hulp bieden als dat nodig is. Bijvoorbeeld door overleg met de behandelaar die op dat moment verantwoordelijk is. Door deze vorm van contact als naastbetrokkene is geen wettelijk kader nodig. Inforsa heeft met wetenschappelijk onderzoek laten zien dat de recidive in deze groep patiënten aanzienlijk afneemt.

Verschillende instellingen werken met een **crisiskaart**. De crisiskaart is een kaart, die door een patiënt zelf kan worden ingevuld. De inhoud van de kaart bevat een korte omschrijving van de aandoening, de contactpersonen met wie contact moet worden opgenomen als er sprake is van een crisis, en welke handelingen gewenst zijn om de crisis het hoofd te bieden. De kaarthouder kan zelf beslissen of hij/zij deze kaart zelfstandig, met behulp van een naaste, ervaringsdeskundige, of professional invult. Professionals in de omgeving van mensen met verward gedrag zijn op de hoogte van (het bestaan van) de crisiskaart en kunnen iemand er op wijzen deze te gebruiken en te benutten. Door hier vooraf over na te denken, hoeft er op

het moment zelf geen tijd verloren te gaan om zorg in te zetten (toegang). Sommige instellingen faciliteren het gebruik van deze crisiskaart ook als middel voor patiënten om zelf aan te geven dat zij enige dagen klinische zorg nodig hebben om erger te voorkomen. Het schakelteam personen met verward gedrag heeft de landelijke dekking van het gebruik van de crisiskaart én de financiering ervan als ontwikkelpunt in haar landelijke programma.

In veel Veiligheidshuizen wordt een specifiek overleg gevoerd over de mensen die in hun regio ernstige psychiatrische problematiek combineren met overlast of (pre-) delictgedrag (**EPA plus overleg**, EPA ++, top 100, etc). In deze overleggen werken gemeenten samen met ggz- instellingen, openbaar ministerie, politie, reclassering, maatschappelijke opvang en in enkele gevallen woningbouwcoöperaties. In periodieke casusoverleggen bespreken zij de groep patiënten die op dat moment vragen om een integrale aanpak. De aard van de doelgroep die besproken wordt, komt goeddeels overeen met de doelgroep uit dit onderzoek.

In deze overleggen maken de partners afspraken over een maatwerk aanpak voor deze complexe casussen. Vaak worden zaken aangebracht vanuit ZSM (het platform waar alle justitiële partners operationeel samenwerken). De betrokkenheid van de andere partners maakt dat een integrale aanpak mogelijk is. Uit de gesprekken komt naar voren dat dit in de praktijk betekent dat de taken verdeeld worden over de verschillende partners, afhankelijk van hun achtergrond. We hebben geen voorbeelden gehoord van regio's waar één van de partners alle of een groot deel van de afspraken uitvoert.

De methodiek van structurele signalering in overzichtslijsten geeft enige grip op deze groep personen maar het vraagt uiteraard wel om input vanuit zorg, familie, reclassering of politie over het actuele beeld en de verbonden risico's.

In Rotterdam is een **waakvlamarrangement** ingesteld door de gemeente voor deze doelgroep. Dat houdt in dat een instelling tegen een tarief van ongeveer € 25 per week een vinger aan de pols houdt met een half uur begeleiding en opschaling organiseert als dat nodig is. Zij zijn zelf vrij in de invulling van deze maatregel.

Om de overgang van TBS terug naar de maatschappij beter te laten verlopen is **Forensisch Psychiatrisch Toezicht** (FPT) ontwikkeld. In de ambulante vorm werken de behandelaars sterk samen met de reclassering en de instelling voor Beschermd Wonen waar iemand verblijft of de polikliniek waar iemand onder behandeling staat. Risicomanagement is een belangrijk onderdeel van FPT. Gedurende het FPT blijft het FPC waar iemand in eerste instantie was opgenomen ook betrokken zodat de forensische psychiatrische kennis over de specifieke problematiek van deze persoon ook geborgd is. Vooraf worden ook afspraken gemaakt over mogelijkheden voor crisisopname zodat snel hulp kan worden geboden als dat nodig is. Ook consultatie vanuit het FPC is onderdeel van het FPT.

## 6.4 Voorstel voor de inrichting van een levensloopfunctie

Voor de doelgroep van mensen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die geen strafrechtelijke maatregel of civielrechtelijke titel meer hebben is het wenselijk om een bestendig model van signalering en toegang te ontwikkelen dat beter inspeelt op de risico's dan nu gebeurt. AEF ziet de volgende randvoorwaarden voor een optimale organisatie:

- Adequate signalering door het betrekken van zorg, begeleiding én het systeem van de patiënt.
- Blijvende betrokkenheid van een behandelaar die een vertrouwensband heeft met de patiënt en in staat is om de risico's in te schatten.
- Borging forensisch psychiatrische kennis in de beoordeling van risico's.
- Vooraf gemaakte afspraken over opschaling en laagdrempelige toegang tot zorg.



- Afspraken over financiering moeten schotten doorbreken niet inbouwen.
- Financiering moet toegerust zijn om langdurig en met wisselende intensiteit zorg en begeleiding te kunnen bieden.
- Het gaat hier om forensische zorg zonder strafrechtelijke titel. Financiering komt daarom niet vanuit het ministerie van V&J maar vanuit zorgverzekeraars, Wlz en gemeenten.

Op basis van bovenstaande stelt AEF de volgende aanpak voor:

- Maak aansluitend op het zorgplan in de forensische zorg afspraken over het vervolg in het veiligheidshuis. Maak hiervoor de zendende instelling verantwoordelijk samen met de regio-gemeente. Gebruik deze afspraken als indicatiestelling voor zorg vanuit Wmo en Zvw.
- Gebruik hiervoor de crisiskaart zodat ook de patiënt zelf en zijn systeem geactiveerd worden om snel te kunnen reageren als er zich risico's voordoen.
- Stel behandelaren vanuit de fpc of fpc waar iemand verbleef in staat om ook na ontslag uit de kliniek contact te houden met hun oud-patiënten, ook al is hij of zij niet langer hoofdbehandelaar. Geef hen een rol in het crisisplan van de patiënt.
- Creëer een mogelijkheid tot een korte time-outopname op een fpc of fpc zonder indicatiestelling vooraf, maar toets achteraf. Leg deze mogelijkheden ook vooraf in het crisisplan vast.
- Verbind de levensloopfunctie aan de zorgarrangementen die door de forensische zorg worden aangeboden.
- Gebruik voor deze doelgroep de forensische FACT-teams voor ambulante behandeling. Geef hen ook de ruimte om op andere levensgebieden hulp te bieden; structurerende begeleiding, werk en inkomen, et cetera. Daarmee heeft het FACT-team ook meer te bieden en kan een bestendiger relatie gebouwd worden.

## 6.5 Hoe verder?

Als de voorgestelde aanpak wordt gevolgd dan is actie nodig vanuit verschillende partijen. De belangrijkste stappen zijn:

- |                      |  |
|----------------------|--|
| GGZ Nederland en VGN | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Voer in samenspraak met het ministerie van VenJ vanuit de verantwoordelijkheid voor forensische zorg en de VNG vanuit de verantwoordelijkheid voor de Veiligheidshuizen een nadere studie uit naar de omvang van de doelgroep die voor de levensloopfunctie in aanmerking komt.</li> <li>– Ontwikkel een veldnorm voor de begeleiding van deze doelgroep en werk deze uit in een concreet product voor de levensloopfunctie. Neem hierin ook de eisen op die aan de aanbieder gesteld worden om deze zorg te kunnen leveren. Stem hierin af met het gemeentelijk domein en partijen op het vlak van wonen.</li> <li>– Experimenteer met de invoering van een levensloopfunctie in enkele regio's.</li> <li>– Vraag aanbieders om in een aantal pilots een zorgproduct voor de Levensloopfunctie te ontwikkelen. Vraag hen de NZa te verzoeken om deze om te zetten in een product voor de Zvw en/of de Wlz als de huidige productstructuur hier niet voldoende in voorziet.</li> <li>– Vraag aanbieders om een product te ontwikkelen voor de blijvende betrokkenheid van vertrouwde forensische behandelaren. Vraag hen de NZa te verzoeken om deze om te zetten in een product voor de Zvw en/of de Wlz als de huidige productstructuur hier niet voldoende in voorziet.</li> </ul> |
|----------------------|--|

- Ministerie van VWS — Stel financiering beschikbaar voor de ontwikkeling van een veldnorm voor de levensloopfunctie.
- Ministerie van VenJ — Stel financiering beschikbaar voor de ontwikkeling van een veldnorm voor de levensloopfunctie.
- VNG — Werk een voorstel uit van de wijze waarop Veiligheidshuizen vorm kunnen geven aan continue screening van deze doelgroep.

## 7 Doorstroom naar woonvoorzieningen en ambulante zorg

Uit gesprekken met verschillende partijen uit het veld en ander recent onderzoek is gebleken dat de doorstroom naar woonvoorzieningen stagneert. Dat geldt ook voor de doelgroep uit dit onderzoek.

### 7.1 Vormen van ambulante zorg en woonvoorzieningen

Wanneer personen met agressief, ontwrichtend en gevaarlijk gedrag uit een (zorg)instelling vertrekken of vrijkomen uit detentie, zijn er verschillende woonvormen waarin zij terecht kunnen komen. In de volgende tabel zijn de verschillende woonvormen weergegeven. Daarnaast laat de tabel zien welke doelgroep in deze woonvormen verblijft, welke zorg en ondersteuning er geboden wordt, wat de gemiddelde verblijfsduur in de woonvormen is en op welke manier het normaliter gefinancierd wordt:

**Tabel 3** Overzicht ambulante zorg en woonvoorzieningen

Soort	Doelgroep	Zorg/ondersteuning	Verblijfsduur	Financiering
Poliklinische en deeltijdbehandeling	Personen met ernstige psychische aandoeningen	Behandeling van psychiatrisch ziektebeeld	Geen	Zvw, DJI
Ambulante behandeling (FACT)	Personen met ernstige psychische aandoeningen	Behandeling van psychiatrisch ziektebeeld	Tijdelijk	Zvw, DJI
Maatschappelijke opvang	Dak- en thuislozen	Oplossen van crisis, Organiseren woonsituatie	Tijdelijk, enkele maanden	Wmo
Ambulante woonbegeleiding	Personen met woonproblemen in eigen situatie	Hulp bij huishouden, schulden, gezondheid en structuur	Tijdelijke en lange begeleiding	Wmo
Begeleid Wonen	Personen voor wie zelfstandig wonen zonder begeleiding een stap te ver is.	Orde scheppen, zinvolle dagbesteding	Tijdelijke en lange begeleiding	Wmo
Beschermd wonen	Personen met psychische aandoening en o/of verstandelijke beperking die (nog) niet zelfstandig kunnen wonen	Regelmatige begeleiding door professional ter plaatst	3 jaar gemiddeld*	Wmo, Wlz, DJI

Forensische Tussenvoorziening	Personen voor wie de overgang tussen TBS en Beschermd Wonen te ingrijpend is	Langzame afbouw van controle, toezicht en begeleiding	Maximaal 2 jaar	DJI
----------------------------------	---	---	-----------------	-----

Binnen deze typen zien we verschillende woonvormen die specifiek gericht zijn op deze doelgroep.

Voor de doelgroep voor wie het nog niet veilig is om in een meer open en ambulante setting geplaatst te worden, maar waar een reguliere kliniek geen behandelwinst meer kan bieden is **Duurzaam Verblijf** in Beilen een mogelijke uitkomst. Daar worden personen opgenomen die lijden aan een combinatie van psychiatrische stoornissen, een verslaving en soms een verstandelijke beperking. De opnames vinden gedwongen plaats met een Rechterlijke Machtiging (RM). Er wordt begeleiding en behandeling geboden om de doelgroep zo zelfstandig mogelijk te laten leven.

Binnen **forensisch Beschermd Wonen** wordt meer begeleiding en structuur geboden dan in een reguliere woonvoorziening. Het personeel is getraind in risicomanagement en kan daarmee meer veiligheid bieden voor patiënten en maatschappij. Met de gegroeide inkoop van forensisch Beschermd Wonen door DJI is het de verwachting dat er minder plaatsen beschikbaar zijn voor Wmo gefinancierde plekken.

Een derde van de reguliere beschermd woonplekken zijn op dit moment individuele eenheden. Met adequate begeleiding kunnen dit goede voorzieningen zijn voor deze doelgroep. Een van de **individuele woonvoorzieningen** waar de doelgroep terecht kan, zijn de zogenaamde Skaeve Huse. Dat zijn woontrajecten voor personen die niet passen in een stedelijke woonbuurt of in een instelling. Skaeve Huse biedt dan een eigen studio, een rustige plek, waar zij kunnen wonen onder begeleiding. Bij Skaeve Huse moeten bewoners overeenkomsten ondertekenen waarin ze akkoord gaan met leef- en gedragsregels.

Voor de VG-sector zou de **Very Intensive Care Work Home** een uitkomst bieden. Dit is een woonvoorziening waar intensief Beschermd Wonen wordt geboden voor de doelgroep met een verstandelijke beperking en zeer ernstige psychische en gedragsproblemen. In de VIC workhomes wordt intensieve begeleiding geboden.

Een andere variant van zorg die passend voor de doelgroep kan zijn, is intensieve begeleiding van een **forensisch FACT-team** vanuit zijn eigen woning. Het voordeel is dat iemand in de eigen omgeving behandeling en begeleiding krijgt. Daardoor kan iemands eigen steunsysteem ook goed worden ingezet. De begeleiding vanuit het FACT-team is gericht op alle levensdomeinen. Een regulier FACT-team biedt niet altijd voldoende kennis van gedragsproblematiek en risicomanagement om voldoende veiligheid te kunnen bieden. Daarom is voor deze doelgroep behandeling en begeleiding van een forensisch FACT-team gewenst.

Een van de manieren om de overgang van woonvoorzieningen naar ambulante zorg goed te laten slagen, is het "omklappen" van een huurwoning zoals gebeurt binnen Housing First. De instelling huurt goedkope éénpersoons-huurwoningen waar de doelgroep kan verblijven. Wanneer dat een bepaalde periode goed gaat en een ambulante FACT-team intensieve begeleiding biedt, kan de huur omgezet worden naar de patiënt. In dit **omklapcontract** kunnen beperkende bepalingen opgenomen worden, bijvoorbeeld over het innemen van medicatie. Ook kunnen gedragsaanwijzingen in het contract opgenomen worden. Als een patiënt zich daar niet aan houdt, riskeert hij een boete of een uithuiszetting.

Mensen die door psychiatrische problemen in crisis zijn of in crisis dreigen te raken en die zonder intensieve behandeling mogelijk opgenomen zouden moeten worden in een instelling, kunnen ook terecht bij het zogenaamde **Intensive Home Treatment**. Dit is een vorm van ambulante zorg. Bij elke behandeling wordt ingeschat of het verantwoord is dat mensen thuis behandeld worden. Soms is toch een opname gewenst en dan is het Intensive Home Treatment-team verantwoordelijk voor wie opgenomen wordt en wie naar huis kan. Het team bespreekt dagelijks de lopende behandelingen en ze kunnen direct inspelen op verandering, zonder dat er wachttijd tussen zit. Het team biedt tevens hulp aan mensen die na een opname in een instelling weer naar huis gaan en daarbij nog extra ondersteuning nodig hebben. Deze intensieve vorm van ambulante zorg is ook een van de varianten van zorg die passend voor de doelgroep kan zijn.

Als mensen ambulante begeleiding krijgen en er moet opgeschaald worden wegens acute of dreigende crisis, is er bij sommige instanties **acute dagbehandeling** beschikbaar. Het doel van acute dagbehandeling is om opname te voorkomen of te verkorten. Tijdens de acute dagbehandeling wordt gepoogd het evenwicht in het dagelijks bestaan van iemand te herstellen en de zelfredzaamheid en het herstel te vergroten. Enkel mensen die al ingeschreven staan bij een ambulante zorgteam komen in aanmerking voor acute dagbehandeling. De verwijzing naar acute dagbehandeling wordt gedaan door de eigen behandelaren en de maximale duur van een behandeling is 8 weken. Door het creëren van een tijdelijke time-out bij acute of dreigende crisis, is de acute dagbehandeling een goede optie voor de doelgroep om verdere escalatie mogelijk voor te zijn.

## 7.2 Wat zijn de knelpunten in de doorstroom naar woonvoorzieningen?

Net als voor de andere groepen mensen met een psychiatrische problematiek, geldt ook voor deze groep dat er drie elementen in samenhang geregeld moeten worden voor een duurzame oplossing: een passende woonvorm, besteedbaar inkomen en passende hulp en/of zorg. In hoofdstuk 6 hebben we beschreven op welke wijze daar voor deze doelgroep vorm aan gegeven zou kunnen worden, rekening houdend met de bijzondere vraagstukken in deze doelgroep. In dit hoofdstuk gaan we specifiek in op de toegang tot woonvoorzieningen.

In dit onderzoek zijn verschillende knelpunten aangedragen voor de toegang tot woonvoorzieningen voor deze doelgroep (zie voor een compleet overzicht appendix I):

- De zorg die geboden wordt in een woonvoorziening sluit niet altijd voldoende aan op eerdere zorgtrajecten. Een van de redenen hiervoor is dat er binnen woonvoorzieningen niet altijd de juiste expertise is voor deze doelgroep. Dit kan als gevolg hebben dat de doelgroep veel overgeplaatst wordt of uit zorg valt.
- Een ander knelpunt in de doorstroom naar woonvoorzieningen is de onzekerheid over de wijze waarop het verblijf in de woonvoorzieningen gefinancierd wordt. Sinds de decentralisatie van Beschermd Wonen is een grote verscheidenheid aan werkwijzen ontstaan van verschillende gemeenten en behandelinstellingen.<sup>8</sup> Dit heeft gevolgen voor de indicering van personen die instromen in woonvoorzieningen en voor de financiering van deze woonvoorzieningen.
- Eerdere indicatiestelling vanuit het forensische traject wordt niet altijd meegenomen in het vervolgetraject van gemeenten. Gemeenten indiceren opnieuw, wat zorgt voor

<sup>8</sup> SIVZ, "Rapportage herhaalde uitvraag in- en uitstroomgegevens Forensische zorg 2015", januari 2017

vertraging waardoor mensen in de tussentijd soms geen zorg krijgen of langer in een klinische setting verblijven.

- Voor deze doelgroep geldt dat de problematiek in belangrijke mate van chronische aard is. Door de stelselverandering in de langdurige zorg (Wlz) is langdurige financiering echter lastiger geworden en zal beroep gedaan moeten worden op de Zvw en Wmo. Uit de gesprekken komt naar voren dat dit in de praktijk nog als lastig wordt ervaren doordat bij zowel instellingen als gemeenten onduidelijkheid bestaat over de wijze waarop dat vorm moet worden gegeven.
- Het aantal plaatsen in Beschermd Wonen is in de periode na 2002 ongeveer verdrievoudigd volgens het Trimbos. Na 2012 is lichte teruggang (5%) te zien die samenhangt met de afspraak voor verdere ambulantisering. Binnen de 16.500 tot 17.000 plekken die er nu landelijk zijn bestaat een derde uit individuele voorzieningen.<sup>9</sup> Trimbos rapporteert dat de teruggang in van klinische capaciteit en plekken in Beschermd Wonen harder gaat dan de toename aan ambulante voorzieningen. Er is juist een afname in zware ambulante zorg te zien.<sup>10</sup> Dat komt overeen met de signalen van instellingen dat er niet altijd adequate vervolgzorg georganiseerd is in een regio. Hierdoor stagneert de uitstroom uit klinische voorzieningen in sommige regio's.
- We zien naast een relatieve teruggang in reguliere Beschermd Wonen een sterke stijging in het aantal forensisch Beschermd Wonenplaatsen van bijna 200 in 2010 tot iets meer dan 1.000 in 2015. Dat betekent dat een deel van de afbouw van de voorzieningen in de Wlz/Wmo is omgezet in capaciteit voor forensische zorg. Wat het effect is van deze verschuiving op de markt is niet bekend. In hoeverre heeft er verdringing plaats gevonden? Is er sprake van extra instroom in Beschermd Wonen als gevolg van het Beschermd Wonen voortraject onder forensische titel? Hier is meer onderzoek voor noodzakelijk.
- De beschikbaarheid van woningen en woonvoorzieningen is in verschillende regio's een groot probleem. In oktober 2016 hebben de partijen RIBW Alliantie, Federatie Opvang en GGZ Nederland een brief aan de Tweede Kamer gestuurd over het tekort aan geschikte en betaalbare woonvoorzieningen voor personen die uitstromen uit woonvoorzieningen. In deze brief is aangegeven dat de wachtlijsten voor woonvoorzieningen oplopen omdat de capaciteit van geschikte woningen bij de uitstroom uit woonvoorzieningen te beperkt is.<sup>11</sup>

Naar aanleiding van de verschillende signalen vanuit het veld heeft het ministerie van VWS met aanbieders, zorgverzekeraars, woningcorporaties, gemeenten en de ministeries van SZW en BZK een aantal bijeenkomsten georganiseerd om te verkennen op welke wijze een effectieve invulling kan worden gegeven aan het rapport van de Commissie Dannenberg. De focus lag daarbij op de concretisering van de condities die Dannenberg heeft geïdentificeerd:

- Versterken van zelfmanagement, ervaringsdeskundigheid en informele zorg
- Garanderen van langdurige begeleiding met flexibele intensiteit
- Ondersteuningscontinuüm voor herstel en participatie
- Een breed arsenaal van woonvarianten
- Beschikbare en betaalbare wooneenheden
- Laagdrempelige toegang tot zorgfuncties
- Duurzaam samenwerken tussen gemeenten en zorgverzekeraars
- Borgen van kwaliteit en vraaggerichtheid van ondersteuning

<sup>9</sup> Trimbos, "Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige ggz 2016", december 2016

<sup>10</sup> Id.

<sup>11</sup> RIBW Alliantie, Federatie Opvang en GGZ Nederland, Brief aan TK bij de begrotingsbehandeling van de Rijksdienst Wonen, oktober 2016

Samen met de betrokken veldpartijen is inzicht verkregen in de verantwoordelijkheidsverdeling en interafhankelijkheden tussen partijen om de bovenstaande 8 randvoorwaarden te realiseren. Daarnaast is afgesproken om gezamenlijk een informeel netwerk te vormen om van elkaar te leren en elkaar (waar mogelijk) te ondersteunen om er voor te zorgen dat de randvoorwaarden in de regio's slagen. Het lerende aspect staat voorop. Waarbij de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het advies van de commissie Dannenberg te allen tijde blijft bij de lokale en regionale partners.

### 7.3 Conclusies ten aanzien van de doorstroom naar ambulante (woon-) voorzieningen

De problematiek in de doorstroom naar ambulante zorg en woonvoorzieningen die passen bij deze doelgroep, loopt grotendeels synchroon met de bredere ontwikkelingen die spelen in de sector. Ook voor deze doelgroep geldt dat een samenhangend regionaal aanbod van wonen, zorg en inkomen noodzakelijk is voor een duurzame oplossing. Ook deze doelgroep voelt dat de ambulantisering niet zo hard gaat als de afbouw van klinische capaciteit. Eén van de factoren die daarin meespelen is de beperkte beschikbaarheid van goedkope (sociale) huurwoningen zoals dat ook speelt voor andere doelgroepen.

Wat voor alle oud forensische cliënten geldt, is de gebrekkige aansluiting tussen de instellingen waar zij vandaan komen en de woonvoorzieningen waar ze naartoe gaan. De overgang tussen klinische zorg en de begeleiding die geboden wordt in voorzieningen voor Beschermd Wonen is soms te groot voor deze doelgroep.

Op basis van bovenstaande doen wij de volgende aanbevelingen:

- Heb aandacht voor deze specifieke doelgroep in de doorontwikkeling van het rapport van de commissie Dannenberg.
- Vergroot de beschikbaarheid van woonvoorzieningen en ambulante zorg en inkomenshulp voor de doorstroom vanuit klinische zorg en functies voor Beschermd Wonen.
- Breng de doorstroom na forensisch Beschermd Wonen goed in beeld. Het is vooralsnog niet duidelijk wat de effecten zijn van de grotere omvang van het forensisch Beschermd Wonen.
- Stimuleer instellingen voor Beschermd Wonen en ambulante voorzieningen om afspraken te maken met ketenpartners over mogelijkheden om op te schalen.

De doorstroom naar ambulante voorzieningen moet vooral worden betrokken bij de regionale aanpak zoals die is uitgewerkt in hoofdstuk 5 en 6.

### 7.4 Hoe verder?

Als de voorgestelde aanpak wordt gevolgd dan is actie nodig vanuit verschillende partijen. De belangrijkste stappen zijn:

- |   |  |
|---|--|
| Federatie Opvang,<br>RIBW Alliantie,<br>GGZ Nederland en<br>VGN | — Ontwikkel een monitor voor de beschikbaarheid van verschillende woonvormen in Nederland.                   |
|   | — Ontwikkel een veldnorm voor de beschikbaarheid van een opschalingsfunctie vanuit verschillende woonvormen. |

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Gemeenten in samenwerking met VNG | — Breng in beeld op welke wijze de doorstroom vanuit Beschermd Wonen en andere niet-zelfstandige woonvormen naar een zelfstandige woonruimte versterkt kan worden. Breng in beeld hoe groot de noodzakelijke capaciteit is die daarvoor beschikbaar moet zijn. |
| Ministerie van VenJ               | — Breng de consequenties in beeld van de extra plekken voor forensisch Beschermd Wonen.  |
| VNG                               | — Verken de wijze waarop de overleggen in Veiligheidshuizen – met in acht neming van de verantwoordelijkheden binnen de gemeente – het beleid op de toegang tot sociale huurwoningen kunnen beïnvloeden.   |



# Appendix: Beletselen in de continuïteit van zorg

In deze appendix geven we een compleet overzicht van de 26 beletselen in de continuïteit van zorg voor deze doelgroep. We bestrijken hierin de hele keten van zorg aan deze groep maar focussen op de overdrachtsmomenten tussen vormen van zorg, instellingen en financieringsstelsels.

## Instroom in het strafrechtelijk kader

### **Beletsel 1: de lange wachttijd tussen aanhouding en zitting kan ten koste gaan van de behandelingsduur en daarmee de behandelingseffectiviteit.**

- a. Een verdachte in afwachting van de zitting van zijn zaak wordt óf vrijgelaten of zit in voorlopige hechtenis (de gronden voor voorlopige hechtenis staan omschreven in artikel 67 van het wetboek van strafvordering). De duur van de voorlopige hechtenis is afhankelijk van de duur van de straf of maatregel die te verwachten valt als de verdachte veroordeeld wordt. Als deze de duur van de voorlopige hechtenis overschrijdt, moet de voorlopige hechtenis beëindigd worden. De voorlopige hechtenis kan ook worden geschorst onder de voorwaarde dat de verdachte zich laat behandelen of laat opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis.

Vanwege de achterstanden bij de Rechtspraak en de inrichting van procedures is vaak sprake van een lange wachttijd tot aan de inhoudelijke behandeling van de strafzaak. Verdachten die in afwachting van hun zitting moeten worden vrijgelaten, dan wel worden geschorst zonder bijzondere voorwaarden, ontvangen meestal geen zorg. De duur van de voorlopige hechtenis wordt afgetrokken van de straf of maatregel. De eventuele behandelingsduur binnen die straf of maatregel wordt hierdoor korter waardoor het behandelings succes kan afnemen.<sup>12</sup>

Personen die binnen de fase van voorlopige hechtenis ernstige gedragsproblemen vertonen kunnen eventueel geplaatst worden in een Penitentiaal Psychiatrisch Centrum (PPC), waar zorg geboden kan worden. Dat geldt ook voor personen die betrokken zijn bij geweldsincidenten in een ggz-instelling, na indicatie door het NIFP of een PPC.

<sup>12</sup> SIVZ, "Rapportage herhaalde uitvraag in- en uitstroomgegevens Forensische zorg 2015", januari 2017

## Uit- en doorstroom uit het gevangeniswezen (GW)

### Beletsel 2: Vervolgzorg is (nog) niet beschikbaar op het moment dat persoon vrijkomt.

- a. Bij een voorwaardelijke vrijlating is geen (tijdige) vervolgzorg beschikbaar. Het ontbreekt regelmatig aan heldere communicatieafspraken over (wijzigingen in) de afloop van de strafrechtelijke titel waardoor het gevangeniswezen en/of de huidige en toekomstige zorginstellingen niet (tijdig) op de hoogte zijn van de (gewijzigde) datum van vrijlating. Hierdoor is te laat bekend dat een titel afloopt en kan de verplichte of vrijwillige vervolgzorg niet tijdig worden georganiseerd. Overgangsfinanciering door het ministerie van Veiligheid en Justitie volstaat vaak niet omdat deze niet de gehele periode dekt.<sup>13</sup>  
*In gang gezette maatregel:* Door gebruik te maken van verplichte zorg als onderdeel van de afspraken voor een voorwaardelijke vrijlating kan financiering via de zorgverzekeringswet worden geboden. Dat vraagt wel om heldere afspraken vooraf in samenwerking met de Centrale Voorziening voorwaardelijke invrijheidsstelling (CVvi).  
*In gang gezette maatregel:* DJI heeft een pilot doorzorgfunctionaris opgezet om de zorg na de PI beter te kunnen organiseren. Dit is een BIG-geregistreerde professional die informatie kan delen met andere ketenpartners.
- b. De rechterlijke machtigingen (RM) worden niet op tijd aangevraagd omdat er binnen het gevangeniswezen beperkte prioriteit en financiële dekking is voor het doen van RM-beoordelingen door psychiaters. Vooral bij personen die gedetineerd zijn in Penitentiair Psychiatrisch Centra (PPC) is dit wél nodig.<sup>14</sup> Psychiaters van crisisdiensten in de omgeving doen het werk soms als vriendendienst.<sup>15</sup>
- c. Uit het onderzoek naar de prestatie-indicatoren forensische zorg<sup>16</sup> is bekend dat ongeveer 62% van de mensen die uitstromen uit een forensische klinische behandeling (fpk, fpa, etc.) vervolgzorg nodig heeft vanuit Zvw, Wlz of Wmo. In 2015 was dit voor 76% ook daadwerkelijk geregeld met een verwijfsbrief, CIZ-indicatie of RM. Dat was al hoger dan het jaar daarvoor (50%).
- d. Het Psychomedische Overleg (PMO) binnen het gevangeniswezen kent een beperkte capaciteit en een hoge werkdruk. Hierdoor worden psychische- en gedragsproblematiek a) onvoldoende herkend of b) onderschat en c) is er weinig ruimte voor een warme overdracht aan de eventuele vervolgzorginstelling, vooral als personen uitstromen zonder voorwaardelijk kader en er dus geen verplichting is tot het organiseren van doorzorg. Hierdoor worden personen niet tijdig aangemeld voor lichtere vormen van begeleiding en ondersteuning, zoals woonvoorzieningen en begeleiding, waardoor er op het moment van vrijlating geen plek beschikbaar is. Ook wordt de indicatiestelling toegeschreven naar het beschikbare aanbod in plaats van naar de werkelijke zorgvraag.<sup>17</sup> Dit kan mede een gevolg zijn van onduidelijkheden in de taakomschrijving van het PMO.

### Beletsel 3: Strafrestant biedt soms onvoldoende tijd om effectief te behandelen.

- a. Bij de straftoemeting wordt de tijd die in voorlopige hechtenis is doorgebracht afgetrokken van de duur van de straf (dus de tijd voor behandeling). De lengte van behandeling wordt daarbij bepaald door de strafmaat, niet door de behandelbehoefte. Tegen de tijd dat de forensische behandeling start, kan de titel te kort zijn om

<sup>13</sup> SIVZ, "Rapportage herhaalde uitvraag in- en uitstroomgegevens Forensische zorg 2015", januari 2017 (onderliggende enquête)

<sup>14</sup> Rake vlakken

<sup>15</sup> NIFP, "Rake Vlakken.", maart 2016

<sup>16</sup> DJI, "Prestatie-indicatoren forensische psychiatrie – Eindrapportage", september 2016

<sup>17</sup> DSP-groep, "Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen", maart 2016

daadwerkelijk behandelresultaat te boeken. Dit kan de start van een behandeling belemmeren.<sup>18</sup>

**Beletsel 4: Wachtlijsten voor de forensische zorg maken dat personen niet of te laat in behandeling komen om effectief te worden geholpen.**

- a. Wachtlijsten in de forensische zorg kunnen ervoor zorgen dat een behandeling moet worden uitgesteld. Tegen de tijd dat plaatsing mogelijk is, is de titel soms nog te kort om voldoende bestendig behandelresultaat te boeken.<sup>19</sup> (Dit speelt bijvoorbeeld bij plaatsing in een verblijf in een RIBW).

**Beletsel 5: De forensische ggz<sup>20</sup> is soms terughoudend in het accepteren van personen uit het gevangeniswezen omdat de problematiek te complex is.**

- a. Personen worden bij de forensische ggz aangemeld door het NIFP of IFZ. De indruk bestaat dat klinieken gedetineerden echter regelmatig weigeren na aanmelding door NIFP/IFZ, bijvoorbeeld omdat zij zich niet geëquipeerd voelen om de problematiek te behandelen. Dit hangt ook samen met de soms gebrekkige informatieverstrekking door plaatsingsloketten waarbij instellingen worden verzocht om binnen X dagen een persoon op te nemen, zonder goed inzicht te hebben in de problematiek. Het is niet duidelijk hoe vaak dit gebeurt en in welke mate dit wordt gemeld bij het forensische plaatsingsloket.<sup>21</sup> Deze terughoudendheid om personen op te nemen alsmede het vroegtijdig afbreken van behandelingen in de forensische ggz resulteert op haar beurt in minder verwijzingen naar de reguliere klinische ggz en intramurale gehandicaptenzorg door het gevangeniswezen.<sup>22</sup>

**Beletsel 6: Bij een lang strafrestance maakt onduidelijkheid over verlof een ggz-opname soms onmogelijk.**

- a. Forensische klinieken werken toe naar meer vrijheden en willen graag inzicht in de termijnen waarop dit mogelijk is bij patiënten. Bij een lang strafrestance kan vaak niet worden uitgeplaatst naar een meer open setting als er nog geen zicht is op wanneer de gedetineerde in aanmerking komt voor verlofmogelijkheden.<sup>23</sup> In dat geval worden patiënten vaak teruggeplaatst in een PI. Het is onduidelijk in hoeverre dit de effectiviteit van de behandeling beïnvloedt.

<sup>18</sup> SIVZ, "Rapportage herhaalde uitvraag in- en uitstroomgegevens Forensische zorg 2015", januari 2017

<sup>19</sup> Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek

<sup>20</sup> Inclusief verslavingszorg en (SG)LVB-instellingen

<sup>21</sup> D DSP-groep, "Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen", maart 2016

<sup>22</sup> id

<sup>23</sup> Id.

## Uitstroom uit forensische zorg met strafrechtelijke titel

### Beletsel 7: Er is geen soepele overgang tussen de forensische en de reguliere ggz en gehandicaptenzorg, als de strafrechtelijke titel afloopt.

- a. De financiering van de forensische zorg (Wfz) en de reguliere ggz (Zvw) kunnen niet overlappen; een DBBC en een DBC kunnen niet naast elkaar geopend zijn. Hierdoor dient de aansluiting heel precies georganiseerd te worden en is er geen speelruimte om de overgang goed te organiseren als zich iets onverwachts voordoet.<sup>24</sup>

*In gang gezette maatregel:* Het programma Continuïteit van zorg heeft een handreiking ontwikkeld waarmee een zorgvuldige overdracht van forensische patiënten kan worden voorbereid. Bredere toepassing kan de continuïteit van zorg versterken.

- b. Er zijn verschillende indicatiestelsels die leiden tot vertraging, onduidelijkheid en uitsluiting van groepen. Deze volgen uit de verschillende wettelijke en professionele grondslagen. Doordat elk stelsel zijn eigen wettelijke en professionele grondslagen kent, verschillen de systemen van indicatiestelling. In de Meerjarenaafspraken forensische zorg 2013 - 2017 is afgesproken de indicatiestellingsmethodieken te harmoniseren, om zo doorstroom en efficiëntie te bevorderen. Met de resultaten van het rapport Rake Vlakken is aan spotlightregio's gevraagd om een begin te maken met deze harmonisatie.<sup>25</sup>

*In gang gezette maatregel:* De spotlightregio's van het programma Continuïteit van zorg voeren een pilot uit voor de harmonisatie van de indicatiestelsels.

- c. Het ontbreekt vaak aan een behandelplan voor het hele zorgtraject van patiënten dat opgesteld wordt bij de start van de titel en toewerkt naar een stabiele situatie. Instellingen geven aan hier wel behoefte aan te hebben zodat professionals op het vervolg kunnen anticiperen. Dit wordt uitgewerkt in het RvZ advies Stoornis en Delict.<sup>26</sup>

*In gang gezette maatregel:* forensische ggz-instelling Transfore neemt deel aan de plannen van spotlightregio Oost Nederland van het programma Continuïteit van zorg. Zij werken actief aan de ontwikkeling van zorgplannen die verder gaan dan alleen het justitiële traject.

- d. Uitwisseling van patiëntinformatie tussen instellingen in de keten is soms problematisch. Dit komt mede voort uit een gebrek aan wederzijds vertrouwen. Hierdoor moeten patiënten bij elke instelling hun verhaal opnieuw vertellen wat het wantrouwen voedt.
- e. In de gehandicaptenzorg is een combinatie van financiering uit de Wet langdurige zorg (Wlz) en forensische zorg mogelijk, voor zover de zorg elkaar niet overlapt (dubbele verstrekking). Een voorbeeld hiervan is wonen vanuit de Wlz of Wmo en behandeling vanuit de Wfz. Het combineren van beide financieringsvormen is in de praktijk echter complex.

### Beletsel 8: behandelingen zijn soms onsuccesvol of worden vroegtijdig afgebroken.

- a. Professionals breken behandelingen vroegtijdig af, bijvoorbeeld na een geweldsincident, waarna een deel van doelgroep terugstroomt naar het gevangeniswezen. Er is geen zicht op het aantal behandelingen in de ggz dat wordt afgebroken.<sup>27</sup>

*In gang gezette maatregel:* Met de Wvggz krijgt het Openbaar Ministerie de regierol op de informatievoorziening over dwangopnames. Zij kunnen daarmee beter zicht houden op het aantal terugplaatsingen vanuit instellingen voor forensische en reguliere ggz.

<sup>24</sup> NIFP, "Rake Vlakken:", maart 2016

<sup>25</sup> Id.

<sup>26</sup> Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek

<sup>27</sup> DSP-groep, "Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen", maart 2016

### **Beletsel 9: Deel van de doelgroep zal vervolgzorg weigeren als de titel afloopt en een rechtelijke machtiging niet mogelijk is.**

- a. Het lukt niet altijd om een bestendige behandelrelatie op te bouwen met een patiënt zodat hij/zij meewerkt aan een vervolgtraject.  
*In gang gezette maatregel:* Zie hoofdstuk 6 voor een uitwerking waarin onder andere wordt gerefereerd aan de bestendige betrokkenheid van behandelaren zoals dat wordt vorm gegeven door de fpk van Inforsa (Arkin).
- b. Een groot deel van deze doelgroep mijdt zorg omdat zij vanuit hun ziektebeeld en/of op basis van eerder ervaringen geen vertrouwen hebben in de zorg/ autoriteiten.

## **Instream en doorstroom in klinische (verplichte) ggz**

### **Beletsel 10: De hoge administratieve toegangseisen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) maakt behandeling van patiënten moeilijk.**

- a. De Zvw vraagt om het hebben van een woonadres, een geldig legitimatiebewijs en een zorgverzekering voordat een behandeling gestart kan worden. Dit maakt behandeling in gevallen onmogelijk. Daarnaast kost het instellingen veel tijd om de administratie in orde te krijgen of veel geld als er onverzekerde zorg geleverd wordt.<sup>28</sup>

*In gang gezette maatregel:* Het programmateam Verwarde Personen heeft ook aandacht voor deze problematiek gevraagd. Zij stimuleren partijen om voorstellen te ontwikkelen voor verbetering.

### **Beletsel 11: opname in de ggz via een inbewaringstelling (IBS) of een rechtelijke machtiging (RM) wordt (door politie, OM en Veiligheidshuis) soms als lastig ervaren.**

- a. De patiënt is vaak al gekalmeerd tegen de tijd dat de psychiater komt om een geneeskundige verklaring op te stellen. Deze verklaring is gebaseerd op het gevaarscriterium; de vraag of de persoon een gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving. Door de patiënt in gekalmeerde staat te treffen, wordt het gevaar beperkt(er) ingeschat. Hierdoor zien psychiater en rechter soms geen aanleiding meer voor een RM.  
*In gang gezette maatregel:* In verschillende regio's zijn afspraken over de opvang van verwarde personen in een zorgomgeving in plaats van in een politiecel. In Den Haag is de opvang gesitueerd op het politiebureau maar buiten het cellencomplex. Het personeel is afkomstig uit de zorg en kan zodoende direct een goede inschatting maken van de patiënten die binnen komen. Binnen het programmateam Verwarde Personen worden nadere afspraken gemaakt over een betere opvang van verwarde personen. Voor deze doelgroep, die door hun agressieve gedrag vaak door de politie worden meegenomen, zal bijzondere aandacht moeten zijn.
- b. Er lijkt sprake van tijdsgebrek bij bevoegde professionals voor het toetsen en opstellen van de geneeskundige verklaring nodig voor het afgeven van een RM. In de praktijk komt het regelmatig voor dat geen psychiater beschikbaar is of dat er lang op moet worden gewacht. Hierdoor wordt iemand soms ongewenst lang in een cel vastgehouden.<sup>29</sup>
- c. Er zijn in een acute situatie vaak geen bedden beschikbaar. Er zijn regionale afspraken over welke instelling de crisisdienst voor haar rekening neemt. Het kan echter voorkomen dat deze instellingen geen plaats beschikbaar hebben voor opname. Daar kunnen verschillende achterliggende redenen voor zijn. Bij beletsel 14 volgt daarvan een uitwerking. In deze gevallen kan het voorkomen dat het Openbaar Ministerie haar bevelsbevoegdheid moet inzetten om opname af te dwingen. Dat wordt door hen als onwenselijk gezien omdat het de relatie tussen OM en de instelling kan schaden.

<sup>28</sup> Aanjaagteam Verwarde personen, Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek

<sup>29</sup> Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek

- d. Het vermoeden bestaat dat beoordelende psychiaters de beschikbaarheid van bedden laten meewegen in de overweging om een geneeskundige verklaring op te stellen, mede vanuit zijn/haar verantwoordelijkheid voor het totaal aan crisisopnamen in de regio. De beschikbaarheid van de acute beddencapaciteit staat vaak onder grote druk.<sup>30</sup>
- e. De geneeskundige verklaring is gebaseerd op een klinisch patiëntenadvies waarbij er sprake moet zijn van een “onlosmakelijk, causaal verband tussen het gevaar en de psychische stoornis”. Het stoornisbegrip is door het Europese Hof strak gemedicaliseerd. Van oudsher worden verslavingen en persoonlijkheidsstoornissen daardoor niet als medische stoornis geoordeeld; men was geen willoos werktuig van de stoornis maar (deels) zelf verantwoordelijk. Deze ‘enge’ definitie is in de loop van de tijd wel opgeschoven. Echter, nog steeds geldt dat “niet alles waaraan men in psychische zin lijdt, en niet alles waardoor een mens ‘buiten zichzelf raakt’ als stoornis geldt en tot dwangopname leidt. Daar zit het verschil tussen de wet Bopz en het strafrecht”.<sup>31</sup> Het advies van de psychiater inzake dwangopname is dus medisch van aard en daarom soms tegengesteld aan het maatschappelijk veiligheidsbelang. Dit heeft als gevolg dat er geen geneeskundige verklaring mag worden afgegeven, ook al vertoont iemand gevaarlijk gedrag. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat de wet interpretatieruimte laat aan de beoordelend psychiater waardoor er variëteit is in de mogelijkheden voor dwangopnamen die psychiaters zien.
- f. Uit interviews komt naar voren dat binnen de ggz een deel van de doelgroep als uitbehandeld wordt beschouwd. De ggz ziet in dat geval geen behandeldoel of perspectief dat een gedwongen opname in de ggz rechtvaardigt.<sup>32</sup>

### **Beletsel 12: Toegang tot langdurige zorg kent een hoge drempel waardoor chronische zorg bijna niet meer mogelijk is.**

- a. Er is alleen toegang tot de Wet langdurige zorg (Wlz) mogelijk bij zorg die ‘blijvend noodzakelijk’ is. Dit betekent dat een persoon gedurende drie achtereenvolgende jaren klinisch behandeld moet zijn via de Zorgverzekeringswet voordat instroom in de Wlz mogelijk is. De vraag is of voor deze doelgroep een continue behandeling gedurende drie jaar mogelijk is omdat een groot deel van deze groep ook zorgmijders betreft. Voor deze groep staat niet alleen de behandeling maar de begeleiding (Wmo) centraal.<sup>33</sup>  
*In gang gezette maatregel: Momenteel beziet VWS hoe voor deze groep de toegang tot de Wlz voor langdurig zorgafhankelijken geregeld kan worden*
- b. De long stay bedden zijn voor een deel afgebouwd in de sector. Dat is voor deze doelgroep problematisch omdat zij waarschijnlijk hun leven lang enige vorm van zorg of begeleiding nodig hebben. Terwijl de klinische ggz vanwege de ambulantisering enerzijds en de afbouw van forensische behandeltrajecten anderzijds zich moet voorbereiden op een zwaardere doelgroep, is er qua bedden voor de chronische doelgroep echter steeds minder plek binnen de ggz, die steeds meer op (behandel-) resultaat wordt afgerekend.<sup>34</sup>

<sup>30</sup> Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek

<sup>31</sup> Zijderhoudt, Mr. Drs. R.H., Bopz. Stoornis en de Bopz. Praktijkreeks. 2004

<sup>32</sup> Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek

<sup>33</sup> id

<sup>34</sup> id

### **Beletsel 13: Er zouden onvoldoende bedden beschikbaar zijn met een hoog beveiligingsniveau (zie hoofdstuk 5).**

- a. Er worden geen tot zeer beperkte inkoopafspraken gemaakt tussen zorgverzekeraars en instellingen over beveiligde bedden (in fpa, fpk en fpc). Zeker bij de grote integrale ggz instellingen worden geen aparte afspraken gemaakt over deze afdelingen.<sup>35</sup>
- b. De alternatieven voor een beveiligd bed zijn beperkt en gebonden aan strenge toegangseisen. De alternatieven voor een beveiligd bed zijn grofweg; klinisch intensieve behandelafdelingen (KIB) en de langdurig intensieve behandeling (LIZ) en de DD-klinieken voor verslaafden. De toegangseisen en wachtlijsten voor deze afdelingen maken (acute) plaatsing veelal onmogelijk.<sup>36</sup> Zo zijn KIB's alleen bedoeld voor patiënten die al geruime tijd in klinische zorg verblijven.
- c. De prikkel tot een zo hoog mogelijke bedbezetting in ggz-instellingen maakt dat er bijna nooit een bed beschikbaar is voor een (acute) opname. Instellingen hebben financiële prikkels om zoveel mogelijk bedden bezet te houden. Er is geen financiële vergoeding voor beschikbaarheid alleen. Dit gebrek aan beschikbare bedden is deels ook toe te dragen aan de stagnerende doorstroom naar woonvoorzieningen en ambulante zorg en begeleiding<sup>37</sup>.

*In gang gezette maatregel:* De NZa heeft de tarieven vanaf 2017 substantieel verhoogd voor crisisdbc's en voor de beschikbaarheidscomponent crisis.

### **Beletsel 14: Veel instellingen zijn (nog) niet toegerust om deze doelgroep te behandelen en zijn daarom terughoudend in het opnemen.**

- a. Onvoldoende kennis van/ervaring met de doelgroep. De specialistische ggz is gericht op de medische behandeling van psychiatrische stoornissen via medicatie en behandeling. Als sprake is van (extreme) agressie volgend uit persoonlijkheidsstoornissen, verslaving, LVB of antisociaal gedrag zijn dikwijls interventies nodig die zijn gericht op gedragsverandering. Dat is doorgaans niet de specialiteit van het medisch geschoolde personeel maar vraagt meer forensische kennis.<sup>38</sup>
- b. Reguliere ggz- en VG-instellingen zonder eigen opschaalmogelijkheden hebben zelden een garantie dat zij kunnen opschalen naar een andere instelling als dat nodig is. Dat betekent dat zij bij een groot incident geen mogelijkheden hebben om iemand door te plaatsen naar een setting met een hoger beveiligingsniveau. Instellingen zijn hierdoor veel tijd en/of geld kwijt met het vinden van een nieuwe plek voor een patiënt en minder geneigd om mensen uit deze doelgroep op te nemen.<sup>39</sup>

*In gang gezette maatregel:* Verschillende ggz-instellingen hebben afspraken met een forensische instelling voor de kortdurende opschaling naar beveiligde zorg. Een nieuwe regeling van de NZa maakt onderaannemerschap eenvoudiger vanaf januari 2017.

- c. De huisregels voor Bopz-instellingen bieden beperkte mogelijkheden voor het handhaven van een adequaat behandelklimaat als er meer dwang noodzakelijk is. In Bopz-instellingen gelden de huisregels die voortvloeien uit de rechtspositieregeling Bopz. Deze huisregels zijn in sommige gevallen 'te coulant' voor de doelgroep, waarbij onduidelijk is of van deze regels mag worden afgeweken.

*In gang gezette maatregel:* GGZ Nederland heeft een model huisreglement ontwikkeld voor forensische instellingen. Momenteel onderzoeken de ministers van VWS en V&J in

<sup>35</sup> Aanjaagteam Verwarde personen, Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek

<sup>36</sup> Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek

<sup>37</sup> Id

<sup>38</sup> Id

<sup>39</sup> Id

hoeverre dit modelregelement aansluit bij de huidige wet- en regelgeving en in hoeverre daar dan nog wijzigingen op noodzakelijk zijn.

- d. Een groot aantal instellingen in de reguliere ggz spant zich in om het aantal separaties naar nul terug te dringen. Dat kan tot gevolg hebben dat zij niet meer alle patiënten kunnen opvangen. Dit leidt tot grotere problemen bij doorplaatsingen naar de verschillende klinieken in het land.<sup>40</sup>
- e. Stigmatisering van de 'forensische patiënt' speelt een rol door angst en onbekendheid met de forensische patiënt en aanpak. Ook de ervaring met eerdere incidenten tegen het personeel weegt hierin mee.

*In gang gezette maatregel:* GGZ Nederland bereidt op dit moment een communicatietraject voor om de beeldvorming rond de forensische ggz te verbeteren. Hierover moet nog besluitvorming plaats vinden.

- f. Bij de doelgroep is veelal sprake van co-morbiditeit. De patiënt kan dan worden afgewezen omdat het bijvoorbeeld niet om een psychische stoornis in 'enge zin' gaat, ofwel: een definitie waarin antisociaal gedrag en persoonlijkheidsstoornissen buiten de definitie van psychische stoornis vallen. Ook doen instellingen een beroep op het feit dat ze geen ervaring of behandelmogelijkheden hebben voor personen met verslaving of een licht verstandelijke beperking.<sup>41</sup>  
Zie hoofdstuk 5 voor een nadere uitwerking van de plaatsingsproblematiek voor deze doelgroep.
- g. Er zijn contra-indicaties zoals interactie met mededaders, criminogene groep, eerdere ervaringen met deze patiënt, mogelijk schadelijke interactie met kwetsbare patiënten, et cetera. Overwegingen inzake de balans in de gehele patiëntenpopulatie kunnen ook meewegen in het besluit om iemand op te nemen. Bijvoorbeeld: wanneer er al 3 sterk suïcidale patiënten op een afdeling zijn, zal de instelling liever geen vierde opnemen.<sup>42</sup>

#### **Beletsel 15: De administratieve procedures voor de facturatie voor beveiligde zorg belemmeren de plaatsing van patiënten**

- a. Er is een beleidsregel<sup>43</sup> van de NZa die verschuiving tussen forensische en reguliere budgetten mogelijk maakt. Deze wordt door instellingen maar beperkt ingezet en als bureaucratisch ervaren. De beleidsregel regelt financieringsmogelijkheden wanneer een patiënt van strafrechtelijk naar niet strafrechtelijke zorg overgaat en er bij de zorginstelling, waar de patiënt al verblijft, onvoldoende contractafspraken zijn met de verzekeraar om de patiënt over te nemen in de Zvw. V&J kan dan middelen overhevelen voor het lopende jaar waardoor de patiënt in behandeling kan blijven.
- b. De prijzen voor beveiligde bedden in de reguliere ggz (Zvw) komen nu ongeveer overeen met die in de forensische zorg. Er is alleen geen tarief voor plaatsing in een fpc waardoor er een prijsverschil ontstaat. Een fpc kost rond de € 500 euro per dag tegen een vergoeding van rond de € 350 op een fpa-bed of € 410 op een fpk-bed in de ggz (excl. behandelcomponent). Dat betekent een verlies voor de zendende instelling. Uit de gesprekken komt naar voren dat in een beperkt aantal gevallen de zorgverzekeraar een deel vergoedt. Uit verschillende voorbeelden komt naar voren dat ook gemeenten bij hoge uitzondering bereid zijn een deel van de kosten te vergoeden. Dat is echter geen structurele oplossing.
- c. Voor zorg die vanuit de Wlz geleverd wordt op een fpk (dus niet op een fpa) is een aparte beleidsregel opgesteld om het gat tussen daadwerkelijke kosten en de zzp-vergoeding te

<sup>40</sup> Enquête ggz instellingen, Dolhuys manifest

<sup>41</sup> Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek, Continuïteit van zorg

<sup>42</sup> Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek

<sup>43</sup> Nza, "BELEIDSREGEL AL/BR-0019",



dichten. Deze toeslag nsfp (niet strafrechtelijke forensische psychiatrie) bedraagt € 243 per dag. Uit een onderzoek van IVZ in samenwerking met Vektis blijkt dat deze toeslag maar sporadisch wordt aangevraagd (6 keer in 2015). Dat is waarschijnlijk omdat een groot deel van deze doelgroep eerder Zvw- dan Wlz-gefinancierde zorg betreft. De beleidsregel lijkt onvoldoende aan te sluiten bij de vraag in de praktijk.

- d. Wanneer instellingen zelf niet over beveiligde bedden beschikken maar opschaling van een patiënt wel noodzakelijk is, kunnen zij ervoor kiezen een patiënt over te plaatsen naar een (andere) forensische instelling. Dit vergt vaak al veel tijd en moeite omdat deze bedden schaars zijn en instellingen geneigd zijn voorrang te verlenen aan eigen patiënten en patiënten uit de regio. In de regel gebeurt overplaatsing via onderaannemerschap omdat forensische instellingen beperkt inkoopafspraken hebben met zorgverzekeraars. De kosten die hiermee gemoeid zijn, zijn hoger dan de vergoeding die instellingen krijgen vanuit de zorgverzekeraars. Er zijn mogelijkheden om deze meerkosten door te rekenen aan de zorgverzekeraar. Dit neemt echter veel tijd in beslag waarbij de tussentijdse meerkosten vaak voor eigen rekening zijn van de instelling. Plaatsing op een beveiligd bed is in het algemeen beter te organiseren als deze plaatsvindt binnen de eigen instelling.

*In gang gezette maatregel:* In Rotterdam neemt de gemeente deze meerkosten nu voor haar rekening voor een periode van twee weken zodat de financiering door de zorgverzekeraar tegen die tijd is opgestart.

*In gang gezette maatregel:* De NZa heeft een nieuwe beleidsregel ingevoerd per januari 2017 die het declareren van in onderaannemerschap uitgevoerde beveiligde zorg mogelijk moet maken.

- e. Een declaratie voor in onderaannemerschap verrichte beveiligde zorg is nu niet mogelijk als de hoofdaannemer zelf geen beveiligde zorg levert. Een ander frequent genoemd probleem bij onderaannemerschap is het verschil in verblijfsintensiteit tussen het bed waar iemand bij de hoofdaannemer vanaf kwam en dat in de regel (veel) lager was dan de verblijfsintensiteit op het beveiligde bed waar iemand op terecht komt. Dat verschil zou niet vergoed worden.

*In gang gezette maatregel:* Per 2017 zijn de mogelijkheden wat betreft de bekostiging verbeterd door een nieuwe NZa regeling. Instellingen kunnen de meerkosten bij plaatsing op een beveiligd bed declareren, mits zij afspraken hebben gemaakt met de verzekeraar.

## Instroom en doorstroom in klinische VG zorg

### Beletsel 16: Toegang tot VG zorg kent hoge drempel waardoor deel van de doelgroep geen passende zorg krijgt.

- a. Indicatie voor zorg vanuit de Wlz voor een verstandelijke beperking is alleen mogelijk als is bewezen dat voor het achttiende levensjaar sprake was van een verstandelijke beperking (laag IQ). Dat is vooral een beletsel bij ouderen en vreemdelingen.<sup>44</sup>
- b. Er is vaak onduidelijkheid over het regime waar een LVG-patiënt thuishoort. De problematiek rondom lichtverstandelijk gehandicapten is per definitie chronisch en hoort daarom binnen de Wlz, maar de zorgvraag is niet altijd zwaar genoeg voor de producten die vanuit de Wlz bekostigd worden.<sup>45</sup>
- c. De ggz profileert zich als curatieve ggz. Echter de Zvw is breder gedefinieerd. De wetgever heeft bepaald dat iemand met een ernstige psychische en gedragsstoornis

<sup>44</sup> SIVZ, "Rapportage herhaalde uitvraag in- en uitstroomgegevens Forensische zorg 2015", januari 2017 (onderliggende enquête), Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek

<sup>45</sup> Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek, casussen de Borg

onder de Zvw valt en pas over kan naar de Wlz wanneer drie jaar aansluitend behandeling heeft plaatsgevonden onder de Zvw. Uit gesprekken komt naar voren dat er te vaak cliënten als “uitbehandeld” geclassificeerd worden omdat het toestandbeeld niet te behandelen is die daarmee nooit de chronische zorg kunnen bereiken. In de Zvw is ook voor andere ziektes de chronische zorg geborgd (nierfalen, COPD, diabetes). AEF adviseert de NZate onderzoeken of er voldoende aansluiting is voor de chronische ggz-problematiek in de nieuwe productstructuur die nu in ontwikkeling is.

- d. In de hele keten worden verstandelijke beperkingen beperkt gediagnosticeerd waardoor personen geen passende zorg en begeleiding krijgen. Dit komt voort uit een gebrek aan kennis en ervaring met de doelgroep. De schatting is dat rond de 30-40% van de populatie in de forensische zorg, het gevangeniswezen maar ook de maatschappelijk opvang een lichte verstandelijke beperking heeft. DJI heeft nader onderzoek<sup>46</sup> gedaan naar passende bejegening, zorg en ondersteuning tijdens en na detentie<sup>47</sup>.
- e. De doelgroep is niet altijd plaatsbaar in reguliere VG-instellingen. Hier gelden grotendeels dezelfde inhoudelijke overwegingen als in de klinische ggz (zie *beletsel 13 en 15*). Aanvullend geldt dat in de VG-sector vaak sprake is van langdurige woonvormen waardoor iemand met agressief gedrag langdurig voor problemen kan zorgen. De familie- en patiëntenraden verwerpen zich hiertegen.<sup>48</sup>
- f. Een groep die met name tussen wal en schip valt is de categorie patiënten die een IQ hebben van net boven de 70. Dat is te hoog voor een opname in de Wlz na een aanscherping van de regels door het ministerie van VWS. Een deel van deze populatie heeft echter dusdanige last van multiproblematiek, verslaving, EPA, gedragsproblematiek en dus een lichte verstandelijke beperking dat veel instellingen deze patiënten niet willen opnemen. Er is geen mogelijkheid voor opname in de Wlz, terwijl de problematiek zo ernstig en complex is dat deze wel chronisch is of in ieder geval langdurige behandeling vraagt. De kosten voor Beschermd Wonen zijn zo hoog dat dit enorme kosten met zich meebrengt voor gemeenten dat gemeenten niet genegen zijn deze te vergoeden.

## Uitstroom uit klinische ggz/VG

### Beletsel 17: Persoon stroomt uit zonder dat behandeling succesvol is.

- a. Het komt voor dat ggz-instellingen patiënten met een RM voorwaardelijk of definitief ontslaan waarbij de behandeling wordt beëindigd voordat een stabiele situatie is ontstaan. Hiertoe kan worden besloten als niet meer wordt voldaan aan het gevaarscriterium of als klinische opname niet doelmatig is. Een pregnant voorbeeld is Udo D. Hij was ontslagen omdat zijn agressiviteit niet het gevolg was van een psychiatrische stoornis. Dit voorbeeld kan worden begrepen in het licht van de aard van de wet Bopz waarin gevaar wordt gekoppeld aan een psychische stoornis en er altijd moet worden bezien of de vrijheidsbeperking waartoe is besloten nog gerechtvaardigd is. Overigens wordt, na opheffing van de RM, vaak wel ingezet op vrijwillige ambulante begeleiding. Echter, deze volstaat soms niet, onder meer vanwege de kans op zorgmijding.<sup>49</sup>

<sup>46</sup> Significant, “Analyse uitvoeringspraktijk LVB in justitiële keten”, december 2016

<sup>47</sup> Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek, Rebel

<sup>48</sup> Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek

<sup>49</sup> Id.

### **Beletsel 18: persoon stroomt uit zonder dat vervolgzorg of begeleiding georganiseerd is.**

- a. Informatie over het opheffen van een rechterlijke maatregel of het aflopen van een titel wordt onvoldoende gedeeld waardoor politie en gemeenten niet op de hoogte zijn en vervolgzorg niet tijdig kan worden georganiseerd.<sup>50</sup>

## **Instream en doorstroom in woonvoorzieningen en begeleiding**

### **Beletsel 19: Afstemming tussen zorg en gemeenten duurt vaak lang waardoor mensen in de tussentijd geen zorg krijgen of onnodig lang in een klinische setting verblijven.**

- a. Het aantal afstemmingsvlakken tussen behandelinstellingen en gemeenten is sterk vergroot na de decentralisatie. Bovendien is er een grote verscheidenheid aan werkwijzen ontstaan. Dat zorgt (nu nog) voor afstemmingsproblematiek en vertraging.<sup>51</sup> Zo zijn gevallen bekend waarin een persoon onder voorwaarden mag uitstromen naar een voorziening voor beschermd wonen maar de gemeente deze woonvoorziening niet wil financieren omdat nog sprake is van reclasseringstoezicht.
- b. Niet alle gemeenten willen lang vantevoren afspraken maken over de toegang tot beschermd wonen waardoor passende zorg lastig te organiseren is.<sup>52</sup>
- c. Gemeenten indiceren opnieuw in plaats van de indicatiestellingen van het gevangeniswezen of de forensische zorg over te nemen.<sup>53</sup>
- d. Gemeenten hebben beperkte sturingsmogelijkheden op het budget voor woonvoorzieningen/ beschermd wonen. De vraag is nog) relatief moeilijk te voorspellen. Bijvoorbeeld omdat oud-forensische patiënten soms niet terug mogen of kunnen naar hun gemeente van herkomst vanwege pedofilie of ernstige agressie. In dat geval moet een andere gemeente deze persoon accepteren en betalen terwijl het niet 'hun bewoner' is.<sup>54</sup> Daarbij kunnen woonvoorzieningen nieuwe initiatieven starten die van invloed zijn op het aantal plaatsen en daarmee op de kosten.<sup>55</sup>

### **Beletsel 20: doorstroom naar woonvoorzieningen stagneert (in bepaalde regio's) (zie voor verdieping hoofdstuk 6)**

- a. De afbouw van bedden in de klinische ggz lijkt tot extra instroom naar woonvoorzieningen te leiden waardoor bij een krimpend aanbod krapte ontstaat.
- b. "De achterdeur zit op slot". In veel – vooral stedelijke – regio's zijn lange wachtlijsten voor woonvoorzieningen als gevolg van beperkte uitstroom door tekort aan sociale huurwoningen.
- c. Als het niet mogelijk blijkt om de tijd te overbruggen tussen klinische opname en woonvoorziening dan belanden mensen op straat of zij blijven juist nodeloos lang in een kliniek. Op straat is het moeilijk om aan de voorwaarden van de reclassering te voldoen waardoor ze terugvallen voordat ze bij een woonvoorziening instromen.

<sup>50</sup> Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek.

<sup>51</sup> SIVZ, "Rapportage herhaalde uitvraag in- en uitstroomgegevens Forensische zorg 2015", januari 2017 (onderliggende enquête)

<sup>52</sup> Continuïteit van zorg

<sup>53</sup> SIVZ, "Rapportage herhaalde uitvraag in- en uitstroomgegevens Forensische zorg 2015", januari 2017 (onderliggende enquête), Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek, NIFP, "Rake Vlakken.", maart 2016

<sup>54</sup> Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek

<sup>55</sup> Id.

- d. Gemeenten kopen te weinig RIBW plaatsen in. Gemeenten werken met een budgetplafond per instelling dat zich niet altijd verhoudt tot de plaatsingsplicht en de noodzaak voor zorg aan individuele patiënten.<sup>56</sup>
- e. Uitstromen naar zelfstandig wonen is beperkt door een tekort aan sociale huurwoningen/ goedkope éénpersoonswoningen, mede vanwege de concurrentie van andere bijzondere doelgroepen zoals vluchtelingen en studenten.<sup>57</sup>

**Beletsel 21: opschalen binnen ambulante zorg of woonvoorzieningen is lastig te organiseren waardoor mensen niet worden opgenomen of uit zorg vallen**

- a. Er zijn (nog) geen (financierings-) afspraken over tijdelijke time-out procedures. Wanneer een persoon tijdelijk niet kan functioneren in een ambulante setting of een woonvoorziening zijn er niet standaard tijdelijke klinische of klinisch beveiligde opschaal mogelijkheden beschikbaar. In het Convenant “forensische zorg 2013-2017” hebben partijen wel afspraken gemaakt om in beleid- en regelgeving meer mogelijkheden te creëren voor af- en vooral opschalen in de gehele forensische zorg.<sup>58</sup>  
*In gang gezette maatregel:* Bij een aantal instellingen is bekend dat zij werken met een crisiskaart waarop patiënten aangeven als ze baat hebben bij tijdelijke opname in de kliniek en dan worden hierover vooraf afspraken gemaakt.
- b. Terugplaatsing naar de forensische/ggz setting is niet altijd mogelijk. Enkele instellingen geven aan dat BW-instellingen wel vragen om een terugkeergarantie als voorwaarde voor plaatsing, maar dat dit in de praktijk niet haalbaar is omdat instellingen niet standaard bedden leeg houden voor het geval dat.<sup>59</sup>

**Beletsel 22: woonvoorzieningen zijn terughoudend in het opnemen van de doelgroep**  
 Zie beletsel 14

**Beletsel 23: in een ambulante setting of woonvoorzieningen kunnen patiënten ongewenst uitstromen waardoor resocialisatie en behandeling stopt.**

- a. Als er geen dwingend kader is- een strafrechtelijke titel of een rechterlijke maatregel - dan zijn er geen pressiemiddelen om iemand in zorg te houden.<sup>60</sup>
- b. De reclassering kan in haar toezichtrol niet altijd voorkomen dat iemand zich onttrekt aan de voorwaarden. Geregeld is de vervangende hechtenis zo laag dat deze nauwelijks een stok achter deur vormt. Het komt voor dat mensen liever de voorlopige hechtenis uitzitten in de gevangenis in plaats van deel te nemen aan de zorgprogramma's. Het duurt lang voordat een tenuitvoerlegging voorwaardelijke strafzitting (TUL-zitting) plaatsvindt. Tot die tijd is contact vanuit reclassering lastig omdat de relatie onder druk is gezet. Inzetten van zorg is in die periode vaak niet mogelijk omdat vanuit het strafrecht nog een titel loopt. Na afloop van de vervangende hechtenis is er geen titel meer voor verdere bemoeienis van de Reclassering waardoor mensen uit beeld raken.<sup>61</sup>

<sup>56</sup> SIVZ, “Rapportage herhaalde uitvraag in- en uitstroomgegevens Forensische zorg 2015”, januari 2017 (onderliggende enquête), Continuïteit van zorg

<sup>57</sup> SIVZ, “Rapportage herhaalde uitvraag in- en uitstroomgegevens Forensische zorg 2015”, januari 2017 (onderliggende enquête)

<sup>58</sup> SIVZ, “Rapportage herhaalde uitvraag in- en uitstroomgegevens Forensische zorg 2015”, januari 2017 (onderliggende enquête)

<sup>59</sup> Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek

<sup>60</sup> SIVZ, “Rapportage herhaalde uitvraag in- en uitstroomgegevens Forensische zorg 2015”, januari 2017 (onderliggende enquête)

<sup>61</sup> Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek, SIVZ, “Rapportage herhaalde uitvraag in- en uitstroomgegevens Forensische zorg 2015”, januari 2017 (onderliggende enquête)

## Uitstroom / geen zorg

### Beletsel 24: artikel 37 kent geen toezicht door de reclassering waardoor personen (makkelijker) uit beeld raken.

- a. Artikel 37 in het wetboek voor Strafrecht is voor personen wiens schuld is bewezen maar die volledig ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard. Zij krijgen daarom geen straf maar de maatregel opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Deze personen verblijven een jaar in een psychiatrisch ziekenhuis en komen daarna weer vrij. In tegenstelling tot de werkwijze bij straffen maakt reclasseringstoezicht na afloop van de behandeling geen onderdeel uit van de maatregel. Dit toezicht helpt echter om een vinger aan de pols te (kunnen) houden. In forensische trajecten wordt het reclasseringstoezicht namelijk vaak aangewezen als belangrijke succesfactor in het beperken van recidieven.<sup>62</sup>

*In gang gezette maatregel:* In Rotterdam wordt voor deze personen wel een vrijwillig nazorgtraject aangeboden door het Leger des Heils en het Veiligheidshuis

### Beletsel 25: na uitstroom is het lastig personen in beeld te houden

- a. Er is vaak geen manier om (toe)zicht te houden op personen. Als er geen titel meer is, loopt het toezicht door de reclassering af. Na afloop van een rechtelijke machtiging is ook niet standaard sprake van toezicht of nazorg. De nazorg is afhankelijk van de goede wil van de zendende ggz-instelling om bijvoorbeeld een FACT-team of gemeentelijke team in te schakelen.
- b. Vervolgzorg wordt niet op tijd georganiseerd waardoor iemand ongewenst uitstroomt en er geen contact meer is tussen patiënt en hulpverleners. Zie *beletsel 9, 17, 18 en 19*.
- c. Bij uitstroom uit een ggz instelling is er bij deze instelling geen prikkel om verantwoordelijkheid te blijven nemen voor het welzijn en functioneren van een patiënt. De financiering houdt op na de behandeling. Dat maakt ook dat vervolgzorg niet altijd georganiseerd wordt. Zie *beletsel 2 en 17*.
- d. Personen breken vrijwillige zorgtrajecten af of mijden vormen van vrijwillige zorg.
- e. Informatie uit diverse bronnen mag niet worden gecombineerd waardoor niet (tijdig) duidelijk is dat personen (hoewel zij bekend zijn bij diverse organisaties) (weer) aftakelen/ een hernieuwde zorgbehoefte hebben.<sup>63</sup>

*In gang gezette maatregel:* In vrijwel alle gemeenten wordt vanuit het Veiligheidshuis op casusniveau overleg georganiseerd voor deze of soortgelijke doelgroepen om nieuwe casussen in te brengen, bestaande casussen te bespreken, informatie te delen en verantwoordelijkheden te beleggen. Nazorg maakt hier in sommige overleggen ook nadrukkelijk deel van uit. Deze overleggen zijn nog niet in alle regio's even ver ontwikkeld.

- f. Integrale aanpak en samenwerking ontbreekt soms. Partijen hebben vaak geen bevoegdheid of expertise om beperkingen te bestrijden die op andermans terrein liggen (wonen, werk, zorg en inkomen). Zo behandelt een FACT-team maar biedt zij geen ondersteuning met bijvoorbeeld schulden of woonvoorzieningen. Binnen deze doelgroep is echter per definitie sprake van multiproblematiek die in samenhang aangepakt moet worden. Dit vraagt samenwerking door diverse partijen en heldere afstemming over verantwoordelijkheden.

### Beletsel 26: doelgroep (weer) in (meer) zorg krijgen, blijkt ingewikkeld

- a. Laagdrempelige inloopvoorzieningen worden op veel plekken afgebouwd.<sup>64</sup>

<sup>62</sup> Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek

<sup>63</sup> Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek

<sup>64</sup> Interviews gehouden in het kader van dit onderzoek

- b. Hoge toelatingseisen van Wlz en Zvw werpen een hoge drempel op om in te stromen. Zie ook *beletselen 10 en 12*.
- c. Het ontbreekt aan een passend productaanbod. Vanwege de multiproblematiek van de doelgroep voelt niet één instelling zich geroepen of in staat de persoon in behandeling te nemen. Dit vraagt maatwerk en samenwerking. Zie ook *beletsel 14*.
- d. Wanneer de doelgroep toenadering en hulp zoekt (bijvoorbeeld: melding bij de crisisdienst) blijkt het herstarten van (preventieve) zorg vaak niet mogelijk omdat de zorgvraag niet acuut of ernstig genoeg is voor een dwangopname en omdat er voor vrijwillige opnames wachtlijsten gelden. Zie ook *beletsel 11*



# Afkortingenlijst

BOPZ	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
BW	Beschermd Wonen
DBBC	Diagnose beveiliging en behandeling combinatie
DBC	Diagnose behandelcombinatie
DD	Dubbele diagnose
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
EPA	Ernstige psychiatrische aandoeningen
FACT	flexible assertive community treatment
Fpa	Forensisch psychiatrische afdeling
Fpc	Forensisch psychiatrisch centrum
Fpk	Forensisch psychiatrische kliniek
FPT	Forensisch Psychiatrisch Toezicht
Fva/fvk	Forensische verslavingszorgafdeling / -kliniek
IBS	Inbewaringstelling
IvZ	Stichting Informatievoorziening voor de zorg
KIB	Kliniek intensieve behandeling
LIZ	Afdeling voor Langdurige intensieve zorg
LVB	Licht verstandelijke beperking (IQ tussen de 60 en de 80)
NIFP	Nederlands Instituut voor forensische Psychiatrie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OvJ	Officier van Justitie
Ppc	Psychiatrisch Penitentiair centrum
RIBW	Regionale instelling voor beschermd wonen
RM	Rechterlijke Machtiging
Rvz	Raad voor Volksgezondheid en zorg
SGLVG	Sterk gedragsgestoord en licht verstandelijk gehandicapt
Wfz	Wet forensische zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
Wvggz	Wet verplichte ggz
WZD	Wet zorg en dwang
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

## Bronnenlijst

- Aanjaagteam Verwarde Personen, "Tussenrapportage Samen Doorpakken", februari 2016
- Aanjaagteam Verwarde Personen, "Eindrapportage Doorpakken!", september 2016
- J. Broer, H. Koetsier, C.L.Mulder, "Stijgende trend in dwangtoepassing onder de Wet Bopz zet door; implicaties voor de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg", Tijdschrift voor Psychiatrie, april 2015
- Continuïteit van zorg, "Handreiking voor Professionals", september 2016
- Continuïteit van zorg, "Geen titel, wel zorg", augustus 2015
- DJI, "Forensische zorg in getal 2015", april 2016
- DJI, "Verslag openbare marktconsultatie Inkoop Forensische Zorg 2016", mei 2015DJI, "Prestatie-indicatoren forensische psychiatrie – Eindrapportage", september 2016
- DJI, "Forensische zorg in getal 2011-2015", april 2016
- DJI, "Forensische zorg in getal 2008-2012", mei 2013
- DJI, "Meerjarenbeleid inkoop forensische zorg 2014-2017", augustus 2013
- DSP-groep, "Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen", maart 2016
- Dolhuys manifest, "De Nederlandse GGZ separeervrij!", juni 2016
- Federatie Opvang, "Quick Scan een (t)huis voor iedereen", april 2016
- R.J. Hoekstra e.a., "het rapport van de onderzoekscommissie strafrechtelijke beslissingen openbaar ministerie naar aanleiding van de zaak-Bart van U.", juni 2015
- NIFP, "Rake vlakken - Harmoniseren van indicatiestellingen Zvw, Wmo, Wlz en forensische zorg", maart 2016
- NZa, "Marktscan Forensische Zorg 2015", maart 2016
- NZa, "Tariefbeschikking gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg", juli 2016
- NZa, "Tariefbeschikking forensische zorg", juni 2016
- NZa, "Beleidsregel AL/BR-0019"
- Rebel, "Mensen met LVB in detentie - Passende zorg en ondersteuning in en na detentie", juli 2014
- RvZ, "Stoornis en Delict", juli 2012
- Significant, "Onderzoeksrapportage- Omvang doelgroep continuïteit van zorg", juli 2015
- Stichting Informatievoorziening in de Zorg, "continuïteit van Zorg - Rapportage herhaalde uitvraag 2015", *nog te verschijnen*
- Trimbos, "Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige ggz 2016", december 2016Trimbos, "In profiel – klinieken voor intensieve behandeling"



## Bijlage 1: Interviewlijst

Adri Benschop	De Borg
Bert Bezemer	Directie forensische zorg
Miranda Bijer	FPC Kijvelanden
Marenne Boer	KFZ
Yvonne Broekhuizen	GGZ Rivierduinen
Sjef Czyzewski	Antesgroep
Maarten Engelsman	Ministerie van Veiligheid en Justitie
Leon Feijen	Transfore
Thees Gernler	Palier
Tinie Hendriks	Transfore
Tonny van Hensbergen	Federatie Opvang
Tijs van Hoek	CZ
Ruud van der Horst	KFZ
Marjan Houkes	Veiligheidshuis Fryslân
Han Huizinga	VGN
Wim Huson	Gemeente Rotterdam en Ministerie van Veiligheid en Justitie
Tijl Huygen	Duurzaam Verblijf/ GGZ Drenthe
Margré Jongeling	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Rob Keurentjes	Rechtbank Groningen
Donna Kloeze	Palier
Ico Kloppenburg	VNG
Elly van Kooten	Gemeente Rotterdam
Tessa Koster	Ministerie van Veiligheid en Justitie
Jeroen Lambriks	Forensische zorg Inforsa
Francine Loos	Veiligheidshuis Rotterdam
Aarnout Melis	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Martin Mennen	Transfore
Liesbeth Molenaar	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Angelique Moonen	VGZ
Michiel Morshuis	GGZ Centraal
Robert Nieuwenhuijze	DJI
Boy Noya	Bavo Europoort
Matthieu Ouwens	Perspectief
Machiel Polak	FPC Kijvelanden
Lourina Poot	Veiligheidshuis IJsselland
Aram van Reijssen	Indigo Parnassiagroep
Jaap van der Rijst	Zorgverzekeraars Nederland

Rein Sauerbreij	Van der Hoeven kliniek
Petra Schaftenaar	Inforsa - Arkin
Marcel Slockers	Gezondheidscentrum DWL-de Esch en Havenzicht
Tineke Stikker	GGZ Nederland
Yvonne van Stiphout	Antesgroep
Arie Uyterlinde	SVG
Michiel Vermaak	Jouw Dokter
Marja Witteveen	Ministerie van Veiligheid en Justitie
Ritske Zuidema	Ministerie van Veiligheid en Justitie



## Bijlage 2: Samenstelling begeleidingscommissie

Sybren Bangma	Programma Continuïteit van zorg
Jonathan Douma	GGZ Nederland
Marloes van Es	GGZ Nederland / Programma Continuïteit van zorg
Wim Huson	Gemeente Rotterdam
Tessa Koster	Ministerie van V&J / programma Continuïteit van zorg
Aarnout Melis	Ministerie van VWS
Manon Nootboom	Openbaar Ministerie
Jaap van der Rijst	Zorgverzekeraars Nederland
Ritske Zuidema	Ministerie van V&J

