Meerjarenovereenkomst Forensische zorg
2013 tot en met 2017

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

GGZ Nederland

De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie

3 april 2013
Inleiding


Het verlenen van forensische zorg is zeer succesvol bij het verminderen van recidive. Zo is de algemene recidive van ex-tbs gestelden twee jaar na beëindiging van de maatregel 20,9 procent, terwijl dit percentage bij ex-justitiabalen zonder behandeling aanzienlijk hoger ligt: 49,3 procent.1

Vertegenwoordigers van zorgaanbieders (GGZ Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland), inkopers van zorg (Directie Forensische Zorg van DJJ, Zorgverzekeraars, VNG) en de overheid (Ministerie van V&J, Ministerie van VWS) hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om bij te dragen aan een gevarieerd en solide aanbod van kwalitatief goede en doelmatige zorg voor patiënten met psychische aandoeningen die een gevaar vormen voor zichzelf en/of voor anderen. Door een gezamenlijke agenda kan de zorg in de toekomst kwalitatief hoogwaardig én betaalbaar blijven.

Deze agenda is onontbeerlijk voor de toekomst. Als gevolg van de taakstellingsopdrachten die het ministerie van V&J opgelegd heeft gekregen, alsook als gevolg van de verminderende instroom in de forensische zorg (met name in de tbs) moeten keuzes worden gemaakt. Daarbij mogen toegang, kwaliteit en continuïteit van de zorg en de veiligheid niet in het gedrang komen. Het bezuinigingsbedrag is te groot om te volstaan met 'van alles een beetje minder'; het kan alleen worden gerealiseerd door consequente, inhoudelijk doordachte keuzes te maken. Keuzes die de toegevoegde waarde van forensische zorg voor de samenleving erkennen en onderspreken, die de kwaliteit handhaven en die resulteren in een kleinere, maar gezonde en goed presterende forensische sector met een duurzame infrastructuur.

Partijen willen met een gezamenlijke inhoudelijke agenda tot een vermindering van kosten komen en tegelijkertijd een toekomstbestendig zorgbeeld overhouden, dat zich verder inhoudelijk kan blijven ontwikkelen en waarbij de reductie van tbs-capaciteit ook wordt gebruikt om groei in de overige forensische capaciteit te realiseren.

Het akkoord sluit aan op het in 2012 gesloten akkoord, waarin afspraken zijn gemaakt voor een beheerste overgang naar prestatiebekeuring en bevoorschotting, afbouw van de reservecapaciteit en een beperkte efficiencykorting.

---

Gezamenlijke visie

Samenwerking
De forensische zorg heeft veel overeenkomsten met de reguliere ggz en verstandelijkzorg en met een deel van de zorg voor verstandelijk gehandicapten. De behandelmethoden zelf zijn bij forensische zorg niet anders dan in de reguliere ggz. De omstandigheden waaronder de behandeling wordt geboden en de focus van de behandeling verschillen echter wel sterk. Zo is de focus gericht op gevaarstrisico’s, het daderschap en de consequenties voor het slachtoffer. Het therapeutisch klimaat en de daarbij horende relationele beveiliging zijn eveneens typische kenmerken van een forensische setting. Daarbij kenmerken de omstandigheden zich door de beveiligde setting en andere wetgeving. Het verbeteren van de samenwerking tussen de forensische zorg en de reguliere ggz en reguliere gehandicaptenzorg in de toekomst, is noodzakelijk. Binnen de forensische zorgsector wordt de zorg verleend door een groot aantal verschillende instellingen. De sector gaat niet uit van die individuele instellingen, maar zet het ontwikkelingstraject van patiënten centraal. Zij draagt zorg voor behandeling en beveiliging in een logisch samenhangende keten binnen de forensische zorg en in afstemming met reguliere ggz en andere ketenpartners. Door de ontwikkeling van kwalitatief hoogwaardige en samenhangende zorgprogramma’s en zorgpaden voor de keten, wordt een optimale behandeling gegeven over de verschillende instellingen heen. De sector werkt actief aan het wegwerken van de schotten in de keten. Het forensische zorg veld gaat daarbij uit van het gemeenschappelijke, en niet van de deelbelangen van individuele instellingen, en van samenhang en samenwerking met de reguliere ggz, verstandelijkzorg en reguliere verstandelijk gehandicaptenzorg, zodat de kracht van de sector als geheel wordt vergroot. Om dit vorm te geven is een passende financieringsvorm over de segmenten heen noodzakelijk.

Preventie en nazorg
De forensische zorg begint aan de ‘voorkant’ bij de begeleiding en behandeling van (potentiële) daders en eindigt aan de ‘achterkant’ bij patiënten wier (strafrechtelijke) titel weliswaar is afgelopen maar waarbij de behandeling en de beveiliging nog steeds nodig zijn. De forensische zorgsector blijft betrokken zolang de beveiliging en de behandeling toegevoegde waarde hebben. De forensische zorgsector zoekt daarom ook in de brede keten (rd inclusief reguliere GGZ, ppc’s, beschermde woonomgevingen en instellingen voor verstandelijke gehandicaptenzorg) en voor maatschappelijke begeleiding) naar aansluiting en optimalisering. Het is daarbij belangrijk over en weer gebruik te maken van elkaar sterke punten. De Wet Verplichte ggz moet de mogelijkheden voor (dwang)behandeling buiten de muren van de instelling faciliteren.


---

4 Forensisch psychiatrische centra, forensisch psychiatrische klinieken, forensisch psychiatrische afdelingen, poliklinieken, forensisch verslavingszorg afdelingen/ klinieken, psychiatrische de penitentiaal centra, sterk gedragsteruggezet licht verstandelijk gehandicaptenzorg, reguliere verstandelijk gehandicaptenzorg, regionale instellingen voor beschermd wonen, klinieken intensieve behandeling.

5 In de gehandicaptenzorg wordt de term cliënt gehanteerd. Voor de leesbaarheid wordt in deze overeenkomst zoveel mogelijk één term gebruikt, en wordt de term cliënt apart genoemd waar dit een eigen betekenis heeft.
Monitoring
Op de hierboven beschreven manieren hopen de ondertekenaars de doorstroming van patiënten in de (forensische) zorg te stimuleren. De forensische sector en het ministerie van V&J monitoren deze doorstroming gezamenlijk. Onder meer de risicotaxaties van de Landelijke Databank Risicotaxaties (LDR), beheerd door het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, zullen hiervoor op instellingsniveau worden aangewend en aan iedereen ter beschikking worden gesteld. Aan de hand van informatie die uit deze monitoring komt, kunnen randvoorwaarden gecreëerd worden om de ontkoppeling van titel en bed mogelijk te maken. Er kan dan namelijk in kaart gebracht worden waar bepaalde patiëntengroepen het beste geplaatst kunnen worden, onafhankelijk van hun (strafrechtelijke) titel.

Afspraken

1. Partijen vinden het van belang dat de beeldvorming over patiënten in de forensische zorg en over de resultaten van de forensische zorg wordt verbeterd. Dat bevordert de mogelijkheden om patiënten op de meest efficiënte en effectieve manier te behandelen met het daarbij passende beveiligingsniveau. Met de reguliere ggz, de reguliere gehandicapenzorg, gemeenten, zorgverzekeraars en reclassering kan gewerkt worden aan de deelname van mensen aan de maatschappij, arbeidsopvoeding en herstel. Partijen zullen resultaten van de forensische zorg gezamenlijk uitdragen, evenals de plek die ex-patiënten uit de forensische zorg kunnen vervullen in de maatschappij om de uitstroom van deze groep naar en participatie in de maatschappij verder te bevorderen. Hiertoe zetten partijen een gezamenlijk programma op om de beeldvorming te verbeteren.

2. Partijen nemen in de uitwerking van de maatregelen de aanbevelingen zoals verwoord door de RVZ in zijn advies "Stoornis en Delict" nadrukkelijk mee. De conclusies die de RVZ trekt op basis van zijn uitgebreide onderzoek en analyse sluiten op veel punten aan bij de ingezette richting van het forensische veld en het ministerie van V&J m.b.t. ketenzorg: in- en uitstroom van patiënten is een gedeelde verantwoordelijkheid van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het ministerie van V&J. De zorgbehoefte van de patiënt dienen centraal te worden gesteld door voor- en doorzorg tot uitgangspunt te nemen, waarbij de patiënt en de maatschappelijke opbrengsten leidend zijn, niet de (strafrechtelijke) titel of locatie. Het kabinet zal in het voorjaar van 2013 een beleidsreactie op het rapport aan de Tweede Kamer zenden. Partijen zullen zich voor hun eigen beleidsaanpak maximaal inspannen om aan de aanbevelingen uit dit advies uitvoering te geven, zowel inhoudelijk als financieel en daar waar nodig gezamenlijk optrekken naar andere partijen om noodzakelijke randvoorwaarden ingevuld te krijgen, om de aanbevelingen te kunnen realiseren.

3. Partijen vinden het belangrijk dat de patiënt op de meest effectieve plaats met het passende beveiligingsniveau wordt behandeld. Om ketenzorgprogramma's en het ontwikkelingsraadje van patiënten centraal te kunnen zetten, draagt de sector zorg voor het stroomlijnen van de in-, door- en uitstroom. Een probleem bij de genoemde stroomlijning is het aflopen van de strafmaatregel. Het ministerie van V&J zal zich inspannen voor het creëren van randvoorwaarden die een ontkoppeling van titel en bed mogelijk maken, zodat niet uitsluitend kan worden geïncludeerd op basis van de juridische titel (zowel strafrechtelijke als civielrechtelijk), maar ook op basis van de noodzakelijk geachte behandeling en beveiliging. Hierbij geldt het uitgangspunt dat de zorg en beveiliging zo laag als mogelijk dienen te zijn, maar ook zo hoog als nodig. In de toekomst zal daarbij ook de rekening worden gehouden van de gehele instelling van het plaatje en de indicatiestelling van de behandeling en beveiliging. Hierdoor kan de indicatiestelling een bijdrage bieden aan het aanvullen van de indicatiestelling en de indicatiestelling in de strafrechtkenen en in de reguliere ggz is noodzakelijk. Wanneer de patiënt eindigt in een zorginstelling, zal in de indicatiestelling zowel de zorg als de beveiligingsbehoefte in kaart gebracht worden, ongeacht welke instantie de indicatiestelling uitvoert. Hierdoor kunnen de mogelijkheden van indicatiestelling beter bij elkaar aansluiten en kan de systematiek vereenvoudigd worden. Dit vraagt van de ggz het toevoegen van informatie over risicotaxatie, en van de indicatiestellers in de strafrechtkenen meer inzicht in de indicatiestellingen tussen zorg en beveiliging. In gezamenlijk zullen partijen het proces van indicatiestelling doorlopen om waar mogelijk efficiëntie te bevorderen en deskundigheid leidend te maken.
4. Partijen maken zich sterk voor het terugbrengen van de gemiddelde behandelduur in de forensische zorg. Al sinds de commissie Visser, de onderzoekscommissie van de Tweede Kamer die in 2006 het tbs-stelsel onderzocht, is doorstroming van patiënten onderwerp van gesprek. Het is veel beker als patiënten bij gebekeende goede behandelresultaten doorstromen naar een goedkoper regime met meer vrijheden c.q. minder restricties, met een lagere behandelintensiteit. Als de behandelduur kan worden verkort, kan er gesubsidiëerd worden: er kan meer ‘lagere’ capaciteit worden ingekocht, onder gelijktijdige afbouw van de hoeveelheid hoogbeveiligde en zorg- intensieve plaatsen. Streven is de gemiddelde behandelduur terug te brengen naar circa jaar. Hierin zien de forensische zorgaanbieders voor zichzelf een duidelijke inspanningsverplichting. Door deze verkorting ontstaat meer druk op vervolgrooze. Is na acht jaar nog een vorm van zorg nodig, dan zal dat in een andere, goedkopere setting dienen te geschieden, mits de gevaarlijkste en de zorgzware dit toelaten. Dit zal naar verwachting leiden tot doelmatiger afwegingen in de behandeling van personen met een psychische stoornis. Ook de aansluiting op 3e generaties geestelijke gezondheidszorg en de reguliere gehandicaptzorg zal ongeveer moeten worden verbeterd. Het terugdringen van de behandelduur is een gezamenlijke verantwoordelijkheid; nauwe samenwerking met ketenpartners is in deze noodzakelijk. Daarnaast wordt onderkend dat de forensische zorgaanbieders deze vertraag niet alleen kunnen bewerkstelligen: zowel politieke, maatschappelijke als beleidsmatige en inhoudelijke aspecten spelen hierin een rol. Deze hebben in het verleden juist geresulteerd in een verlenging van de behandelduur. Het ministerie van V&J ziet dan ook voor zichzelf een inspanningsverplichting om hier de juiste randvoorwaarden voor te creëren. Bij het verkorten van de behandelduur is in het bijzonder aandacht voor het terugbrengen van de duur van de tbs-behandeling; het hanteren van richtlijnen in het vrijblijvende en het opstellen van forensische prognoses, waarmee de (tbs-) behandeling transparanter en meer toepasbaar wordt. Partijen onderkennen tegelijkertijd dat een bepaalde groep patiënten nooit zodanig zal herstellen dat veilige (volledige) terugkeer in de samenleving mogelijk is en waarvoor continue zorg,structuur, begeleiding en ondersteuning nodig zullen blijven om de veiligheid te kunnen waarborgen. Hierbij valt onder meer te denken aan justitiatabellen met een verantwoordelijke beperking. Voor een kleine groep moet worden geaccepteerd dat humane verpleging in de langere uiteindelijk nodig zal zijn, waarbij wordt behandeld in een lage intensiteit die gericht is op de stabilisatie van de patiënt. Partijen starten een gezamenlijk project met als doel de behandelduur in de tbs te verkorten naar gemiddeld 8 jaar in. Hiervoor is een ketenbrede aanpak noodzakelijk. Gedacht wordt aan het instellen van een Taskforce Behandelduur tbs, waarvoor naast de ondertekenaars van dit convenant (GGZNL, VGN, Ministerie van V&J), ook gemeenten, het Ministerie van VWS, ZN en de VNG zullen worden uitgenodigd. Deze samenstelling is naar analogie van de noodzakelijke ketenaanpak zoals omschreven in het advies van de RVZ “Stoormiss en Delict”.


6. De forensische zorgsector onderzoekt de mogelijkheden om te komen tot verdere doelmatigheid en efficiency door technologie in de innovatie en de inzet van elektronische hulpmiddelen, zoals E-health, de inzet van domotica en elektronische systemen voor onder andere toezicht, plaatsbepaling en stressmeting.
7. Door het grote aantal aanbieders van forensische zorg is het op dit moment moeilijk te garanderen en verifiëren of een patiënt op de juiste plek en op het juiste moment wordt behandeld en beveiligd. Het risico op suboptimale benutting van de beschikbare forensische capaciteit is levensgroot aanwezig, wat afbreekt doet aan de efficiency van de sector. Hier is dus winst te behalen. Door nu te volstaan met "van alles een beetje minder" zou de sector risico lopen op verdere sub-optimalisatie. Concentratie en samenwerking zijn daarom nodig. Het biedt meer mogelijkheden tot specialisatie, het inregelen van keten brede zorgpaden en zorgprogramma's en efficiencyverbeteringen. Teneinde de regie in de keten te verbeteren, onderzoekt de forensische zorgsector de mogelijkheden op het gebied van samenwerking, concentratie en specialisatie. In 2013 zal gepoogd worden, in het licht van bovenstaande, een gezamenlijke koers uit te zetten om maximaal haalbare resultaten binnen bereik te krijgen.


9. Het ministerie van V&B is verantwoordelijk voor de keuze bij welke instellingen zorg wordt ingekocht. Binnen het macro budgettaire kader zal de inkoopverzorgingsafdeling van het ministerie (DFOR20) kwalitatief goede zorg inkoppen, waarbij conform punt 8 gestuurd wordt op prijs, kwaliteit en doelmatigheid / bezettingsgraad, waarbij een compacte, duurzame infrastructuur het eindresultaat is dat voor ogen wordt gehouden. Andere kwaliteitscriteria kunnen hierin vervolgens meegenomen worden. Bij de keuze wordt geen onderscheid gemaakt naar herkomst van de instelling (rijks dan wel particulier).

In het gesprek over de efficiency- en doelmatigheidsdossier zal het ministerie tijdig voor het nieuwe begrotingsjaar bekendmaken welke instellingen de komende jaren worden gecontracteerd. Het ministerie zal niet langer capaciteit middels tenders uitzetten, maar meerjarige contracten met de instellingen maken waarin ook afspraken worden opgenomen over noodzakelijke investeringen. Voor het afbouwen van capaciteit zijn goede afspraken nodig over zorgvuldige fasering en ondersteuning van de transitie. Er zal een afbouwplan komen, waarin in redelijkheid vanuit beide kanten aandacht wordt besteed aan de (materiële) frictiekosten. Partijen zullen hierover onafhankelijk advies inwinnen, dat het uitgangspunt zal zijn voor besluitvorming hiertroet. Bij de afbouw zal zorg worden gedragen voor een duidelijk gegecodeerd traject, waarin logische stappen worden gezet en onnodige risico's worden voorkomen. Daarbij hoort ook een opbouwplan van ambulante en overige forensische zorg (zoals FACT) en afspraken daarover met relevante andere partijen (reguliere ggz, reguliere gehandicaptenzorg, zorgverzekeraars, VWS, gemeenten).

10. Als gevolg van het teruglopend gebruik van tbs neemt de operationele capaciteit op basis van de begroting van het Ministerie van Veiligheid en Justitie 2013 in de periode 2013-2018 af met 257 plaatsen van 1867 naar 1610 plaatsen (exclusief reservecapaciteit, deze is in 2013 reeds volledig afgebouwd). Daarnaast zal als gevolg van de voorgenomen wettelijke, inhoudelijke en beleidsmaatregelen (m.n. behandelduur) de capaciteit per 2018 nog eens met 271 plaatsen afnemen tot het aantal van 1339 plaatsen. Om te voorkomen dat patiënten niet meer behandeld worden, wordt tegelijkertijd geïnvesteerd in de overige forensische zorg (122 plaatsen OFZ intramuraal en groei ambulant 5 miljoen per jaar). De maximale afbouw van capaciteit tot en met 2017 is hiermee een gegeven, waarbij de zorgaanbieders garanderen dat alle patiënten in enig jaar worden opgenomen. Hierbij gelt het uitgangspunt dat een toekomstige stijging van de PMJ ramingen een daarbij passende stijging van het macro-budgettaire kader voor forensische zorg vergt. Een eventuele daling van de PMJ-ramingen leidt gedurende de looptijd van dit convenant niet tot additionele kortingen op het macro-budgettaire kader.

Het terugdringen van de behandelduur is nodig om de afgesproken capaciteitsreductie te kunnen realiseren. Conform artikel 4 is dit een gezamenlijke verantwoordelijkheid. De zorgaanbieders zullen zich maximaal inspannen voor hun aandeel in het terugdringen van de gemiddelde behandelduur tot 8 jaar. Als dit niet lukt zullen partijen in overleg treden om te bekijken wat de oorzaken daarvan zijn en hoe het financieel tekort dat hierdoor ontstaat kan worden opgevangen. Uitremedium is dat overschrijdingen worden gecompenseerd middels een (tijdelijke) generieke tariefkorting om de hieraan verbonden financiële taakstelling alsnog te kunnen behalen (zie het financieel kader onder punt 12).

11. Partijen beseffen dat deze ontwikkelingen gevolgen hebben voor personeel en werkgelegenheid. Partijen spreken de intentie uit dat zij zich zullen inspannen om deze gevolgen zo mogelijk te verzachten en zullen, zonder daarbij in de verantwoordelijkheid van individuele zorgaanbieders te komen, onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om gedwongen ontslagen te voorkomen en boventallig personeel elders werk te bieden.

12. Financieel kader

Afgesproken wordt dat, met inachtneming van de voorgaande afspraken, het financieel kader voor de komende jaren er, exclusief de jaarlijkse loon- en prijsbijstelling, als volgt uitziet:

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>2013</th>
<th>2014</th>
<th>2015</th>
<th>2016</th>
<th>2017</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>mln</td>
<td>688</td>
<td>651</td>
<td>631</td>
<td>614</td>
<td>602</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Met uitzondering van de frictiekosten en de bijstellingen als gevolg van ova en indexering, moeten alle afspraken in dit akkoord binnen deze financiële ruimte worden geaccommodeerd.

Partijen spreken af dat de efficiencykorting (€ 10 miljoen in 2014, € 5 miljoen in 2015 en € 5 miljoen in 2016) zoveel mogelijk beleidsrijk wordt ingevuld, dus volgend op de beoogde efficiencywinst als gevolg van de maatregelen uit dit akkoord zoals de verkorting van de behandelduur en de ontkoppeling van titel en bed.

13. Partijen spreken af dat vier keer per jaar overleg wordt gevoerd over de voortgang van de afspraken op basis van een uitvoeringsagenda geelateerd aan de afspraken van dit bestuurlijk meerjarenakkoord.

14. Bij de normering van de topinkomens in de forensische-zorgsector wordt aangesloten bij de Wet normering topinkomens van de Minister van BZK, inclusief het daarbij geldende afbouwtempo van salarissen die de norm overstijgen.

### Bijlage

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bedragen x € 1 mn.</th>
<th>2013</th>
<th>2014</th>
<th>2015</th>
<th>2016</th>
<th>2017</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Financieel kader vóór maatregelen</td>
<td>725</td>
<td>717</td>
<td>714</td>
<td>712</td>
<td>714</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Reeds gekort op kader DForZo (o.a. FMP)</td>
<td>-14</td>
<td>-18</td>
<td>-24</td>
<td>-31</td>
<td>-31</td>
</tr>
<tr>
<td>2. PMJ 2012 t/m 2013</td>
<td>-6</td>
<td>-9</td>
<td>-11</td>
<td>-15</td>
<td>-26</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Lenteakkoord en Regeerakkoord (voorlopig)</td>
<td>-17</td>
<td>-38</td>
<td>-48</td>
<td>-52</td>
<td>-56</td>
</tr>
<tr>
<td>Totaal teruggang kader DForZo</td>
<td>688</td>
<td>651</td>
<td>631</td>
<td>614</td>
<td>602</td>
</tr>
</tbody>
</table>

De cijfers van de taakstelling Lenteakkoord en Regeerakkoord zijn gebaseerd op de meest recente cijfers die aan de Bestuursraad zijn voorgelegd. Deze cijfers hebben nog een voorlopig karakter.