

Betere zorg, veiliger samenleving

visiedocument forensische zorg



04	Hoofdstuk 1 Vooraf: van goed naar beter	30	Hoofdstuk 10 Regie in de keten
05	Hoofdstuk 2 Inleiding	31	Hoofdstuk 11 Efficiency
07	Hoofdstuk 3 Samenvatting uitgangspunten	32	Hoofdstuk 12 De toekomst van de forensische sector
12	Hoofdstuk 4 Gezamenlijke visie	33	Hoofdstuk 13 Bronnen
14	Hoofdstuk 5 Identiteit en doelstelling forensische zorg		Bijlage
18	Hoofdstuk 6 Resultaat	34	Bijlage 1: Cijfers forensische zorg
		38	Bijlage 2: Uitwerking calls 2013
		40	Bijlage 3: Afkortingen
22	Hoofdstuk 7 Behandeling in de keten		
26	Hoofdstuk 8 Ontkoppeling titel en bed		
28	Hoofdstuk 9 Behandelduur		

Vormgeving

Case Communicatie, Ede

Copyrights

© GGZ Nederland 2014

Overname van teksten
is toegestaan
met bronvermelding.

Publicatienummer

2013/397

1 Vooraf: betere zorg, veiliger samenleving

Een breed gedragen visie op forensische zorg. Met dat doel voor ogen startte het Forensisch Netwerk eind 2010 een visietraject. Bij het gezamenlijk ontwikkelen van een gedeelde visie werd het Forensisch Netwerk gedreven door de ambitie de kwaliteit van de forensische zorg verder te verbeteren. In dit visiedocument leest u hoe die beweging van goed naar beter de komende jaren vorm krijgt. Door samen te werken aan het versterken van het zorgaanbod; het verkorten van de behandelduur; het verhogen van de efficiency; en het optimaliseren van de in-, door- en uitstroom.

Dit visiedocument maakt duidelijk waarvoor de forensische sector staat, waarin deze zorg zich onderscheidt en op welke wijze de sector als ketenpartner wil samenwerken met aanpalende sectoren. In hoofdstuk 3 is de visie op forensische zorg samengevat in elf uitgangspunten. Een groot deel van deze uitgangspunten is opgenomen in de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013-2017 (MJA FZ), die dit voorjaar met het

Ministerie van Veiligheid en Justitie en VGN tot stand kwam. Deze overeenkomst – die op 3 april 2013 formeel door alle betrokken partijen werd ondertekend – maakt deel uit van het Masterplan DJI. Omdat de uitgangspunten van dit visiedocument grotendeels zijn opgenomen in de Meerjarenovereenkomst, fungeren beide documenten als basis en kader voor het beleid van de sector in de komende periode.

Na de inleiding begint dit visiedocument met de elf uitgangspunten *Visie Forensische Zorg*. Deze punten worden in de daarop volgende hoofdstukken uitgewerkt, met een beknopte beschrijving van de identiteit en doelstellingen van de forensische sector. Het document eindigt met een blik op de toekomst van de forensische zorg. Een toekomst met betere zorg, veiliger samenleving.

Joep Verbugt
Voorzitter Forensisch Netwerk

2 Inleiding

De sector forensische zorg bestrijkt alle geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg aan volwassenen, waar de geboden zorg primair is gericht op het voorkomen van recidive (zowel in strafrechtelijke als psychiatrische zin) en het verkleinen van delict-risico. De sector biedt psychiatrische, psychische en gedragskundige behandelingen; zorgt voor resocialisatie en re-integratie van patiënten; en investeert in toenemende mate in preventieve interventies. Bij dit alles wordt aandacht besteed aan de positie van slachtoffers. De zorg – die kan bestaan uit klinische zorg, ambulante zorg en/of begeleid wonen – wordt verleend door een groot aantal verschillende instellingen.¹

Forensische zorg wordt zowel geboden in strafrechtelijk kader als in niet-strafrechtelijk kader. Forensische zorg in strafrechtelijk kader maakt deel uit van een strafrechtelijke titel, zoals een voorwaardelijke straf of opgelegde maatregel. Niet-strafrechtelijke forensische zorg wordt

gegeven voorafgaand aan een (mogelijke) veroordeling of nadat een strafrechtelijke titel is vervallen.

Forensische zorg in strafrechtelijk kader wordt sinds 2008 ingekocht door het Ministerie van Veiligheid en Justitie, specifiek door de Directie Forensische zorg van DJI. Hiertoe worden individuele contracten afgesloten met zorgaanbieders. De 22 forensische zorgtitels vormen de bekostigingsgrondslag voor forensische zorg in strafrechtelijk kader. De indicatiestelling van forensische zorg in strafrechtelijk kader vindt plaats onder verantwoordelijkheid van het Nederland Instituut Forensische Psychiatrie, de drie reclasseringsorganisaties - Verslavingsreclassering, Leger des Heils en Reclassering Nederland - en het PMO in het Gevangeniswezen.

Forensische zorg in strafrechtelijk kader maakt vaak deel uit van omvangrijke en soms langdurige individuele (ggz-) zorgtrajecten. Het is van groot belang dat al deze zorgtrajecten goed op elkaar aansluiten. Dat betekent bijvoorbeeld dat ook na afloop van een straf de (forensische) zorg onbelemmerd gecontinueerd moet kunnen worden als dat nodig is. Het bieden van ketenzorg waarin deze continuïteit van zorg gewaarborgd is, vormt dan ook een belangrijk uitgangspunt voor de forensische sector. In dit kader zijn de aankomende Wet Forensische Zorg en de Wet Verplichte GGZ van groot belang voor de forensische sector. Hetzelfde geldt voor het advies van de

¹ Forensisch psychiatrische centra, forensisch psychiatrische klinieken, forensisch psychiatrische afdelingen, poliklinieken, verslavingszorg afdelingen/ klinieken, psychiatrische penitentiaire centra, instellingen voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicaptenzorg (SGLGV), regionale forensische instellingen voor beschermd wonen, klinieken intensieve behandeling.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) *Stoornis en Delict – forensische en verplichte geestelijke gezondheidszorg vormen een keten (mei 2012)* en het *Meerjarenbeleid inkoop forensische zorg 2014-2017* van het Ministerie van Veiligheid en Justitie. In beide documenten staat het verbeteren van de continuïteit van zorg centraal.

In de forensische sector worden patiënten met zware en complexe problematiek behandeld binnen een beveiligde setting. Door hen op een professionele manier te behandelen en te beveiligen, is de sector in staat de recidive laag te houden en verder terug te dringen. Hierdoor worden delicten voorkomen. Met deze specialistische zorg levert de forensische zorg een belangrijke bijdrage aan een gezonde en veilige samenleving. Dat de sector hierin succesvol is, blijkt uit de cijfers: de algemene recidive van ex-tbs gestelden ligt twee jaar na beëindiging van de maatregel op 20,9 procent, terwijl dit percentage bij ex-justitiabelen zonder behandeling met 49,3 procent² aanzienlijk hoger ligt.

² Bron: <http://rijksoverheid.nl/ministeries/venj/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2012/03/23/brief-tweede-kamer-tbs-maatregel.html>

3 Samenvatting uitgangspunten

1. GEZAMENLIJKE VISIE

De forensische zorg heeft een belangrijke maatschappelijke functie en formuleert zelf een visie over de wijze waarop aan die maatschappelijke functie invulling moet worden gegeven om optimale forensische zorg te leveren. Het forensische zorg veld gaat daarbij uit van het gemeenschappelijke en niet van de deelbelangen van individuele instellingen. Tevens wordt uitgegaan van samenhang en samenwerking met de reguliere ggz, zodat de kracht van de sector als geheel wordt vergroot. De forensische zorg heeft veel overeenkomsten met de reguliere ggz. De behandeling zelf is bij forensische zorg niet anders dan in de reguliere ggz. Het verschil ligt in de beveiligde setting. Het verbeteren van de samenwerking tussen de forensische zorg en de reguliere ggz in de toekomst, is noodzakelijk.

2. IDENTITEIT EN DOELSTELLING FORENSISCHE ZORG

Het gaat bij de forensische zorg om specialistische zorg: behandelen in veiligheid. Door op een goede

manier te behandelen en te beveiligen is de sector in staat de recidive omlaag te brengen, delicten te voorkomen en de veiligheid in de maatschappij te vergroten. Juist in de unieke combinatie van behandelen en beveiligen ligt de deskundigheid van de forensische zorg. De sector biedt niet alleen psychiatrische en psychische behandeling, maar zorgt ook voor resocialisatie en re-integratie van patiënten en investeert in preventie. Daarnaast is er vanzelfsprekend aandacht voor de positie van slachtoffers. De sector kan door haar kennis en expertise zware en complexe patiënten behandelen en levert daardoor een grote bijdrage aan een veiligere maatschappij.

3. RESULTAAT

Het verlenen van forensische zorg is zeer succesvol bij het verminderen van recidive. Zo is de algemene recidive van ex-tbs gestelde 2 jaar na beëindiging van de maatregel 20,9%, waarbij dit percentage bij ex-gedetineerden aanzienlijk hoger ligt, namelijk op 49,3%. Dit betreft alle mogelijke feiten waarvoor zij in die periode met Justitie in aanraking zijn geweest.

4. BEHANDELING IN DE KETEN

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

³ Bron: <http://rijksoverheid.nl/ministeries/venj/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2012/03/23/brief-tweede-kamer-tbs-maatregel.html>

en beveiliging in een logisch samenhangende keten binnen de forensische zorg en in afstemming met de 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 wegnemen van de schotten in de keten.

De forensische zorg begint aan de 'voorkant' bij de begeleiding en behandeling van (potentiële) daders en eindigt aan de 'achterkant' bij patiënten wiens strafrechtelijke titel 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 (dus inclusief reguliere GGZ, PPC's, beschermde woonvormen en instellingen voor maatschappelijke begeleiding en -Verstandelijk Gehandicapten (VG)) naar aansluiting en optimalisering. Het is daarbij belangrijk over en weer gebruik te maken van elkaars sterke punten. De Wet Verplichte ggz moet de mogelijkheden voor (dwang)behandeling buiten de muren van de instelling faciliteren.

De komende jaren komt er een enorme bezuiniging af op het gevangeniswezen (GW). De forensische

zorgsector ziet voor zichzelf een taak om zowel binnen de gevangenispopulatie als na afloop van detentie passende en aansluitende forensische zorg te bieden aan justitiabelen met een psychische stoornis. Hiermee kan voorkomen worden dat deze groep vanuit hun ziektebeeld opnieuw delicten pleegt en terug komt in detentie. Daarnaast ziet de forensische zorg ook een taak voor zichzelf aan de voorkant, namelijk het voorkomen van delicten door tijdig behandeling aan te bieden. Het forensische veld wil zich meer richten en specialiseren in ambulante preventieve zorg en wil zo een nieuwe groep patiënten bereiken, te weten de patiënten die vanuit hun stoornis delicten dreigen te gaan plegen. Als deze patiënten tijdig worden behandeld en begeleidt zal de toestroom naar het Gevangeniswezen van deze groep afnemen.

5. ONTKOPPELING TITEL EN BED

Om keten zorgprogramma's en het ontwikkelings-traject van patiënten centraal te kunnen zetten, draagt de sector zorg voor het stroomlijnen van de in-, door- en uitstroom. Een probleem hierbij is het aflopen van de straf/maatregel. De sector streeft naar een ontkoppeling van titel en bed, zodat niet uitsluitend kan worden geïndiceerd op basis van de juridische titel (zowel strafrechtelijk 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 noodzakelijk.

6. BEHANDELDUUR

De sector maakt zich sterk voor het terugbrengen van de gemiddelde behandelduur in de forensische zorg. Hierbij is in het bijzonder aandacht voor het terugbrengen van de duur van de tbs-behandeling, o.a. door het hanteren van richtlijnen in het vrijhedenbeleid en het opstellen van forensische prognoses, waarmee de (tbs-)behandeling transparanter en meer toetsbaar wordt. De sector onderkent tegelijkertijd dat voor een bepaalde groep patiënten continue zorg, structuur, begeleiding en ondersteuning nodig is om de veiligheid te kunnen blijven waarborgen. Voor een kleine groep moet worden geaccepteerd dat humane opsluiting in de longcare uiteindelijk nodig kan zijn, waarbij wordt behandeld in een lage intensiteit die gericht is op de stabilisatie van de patiënt.

Rond de behandelduur werkt de sector ook aan een substitutie van zware naar lichte behandeling en beveiliging. Concreet komt dat er op neer dat er patiënten mogelijk eerder in een ambulante of minder intensieve setting kunnen worden behandeld. De sector creëert de noodzakelijke voorwaarden op het gebied van veiligheid, zoals begeleiding en controle.

Nauwe samenwerking met ketenpartners is in deze noodzakelijk. Daarnaast moet onderkend worden dat de forensische zorgaanbieders niet alleen deze teruggang in behandelduur kunnen bewerkstelligen: politieke en beleidsmatige ontwikkelingen dragen hieraan tevens fors bij.

7. REGIE IN DE KETEN

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 afbreuk doet aan de efficiency van de sector. Hier is dus winst te behalen. Teneinde de regie in de keten te verbeteren, onderzoekt de forensische zorgsector de mogelijkheden op het gebied van samenwerking, concentratie en specialisatie. Hierbij kan ook worden gedacht aan het benoemen van een beperkt aantal 'preferred suppliers' die de regiefunctie vormgeven.

Concentratie en samenwerking biedt meer mogelijkheden tot specialisatie, het inregelen van keten brede zorgpaden en zorgprogramma's en efficiencyverbeteringen.

8. KWALITEIT

De forensische zorgsector vindt dat de inzet van evidence based, en daarmee doelmatige, interventies vanzelfsprekend moet worden. Daarom heeft het forensische zorg veld samen met de Directie Forensische Zorg en GGZ Nederland het initiatief genomen om de kwaliteit van de forensische zorg verder te verbeteren en zichtbaar te maken. Deze kwaliteitsverbetering wordt vormgegeven vanuit het meerjaren programma genaamd Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ).

Voor wetenschappelijke onderbouwing van de forensische zorg is het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) opgericht. Het EFP wil de forensische sector ondersteunen bij het verhogen van de kwaliteit van zorg en het bevorderen van de veiligheid van de samenleving.

9. EFFECTIVITEIT

Door het meten van de effectiviteit (onder andere middels Routine Outcome Monitoring (ROM)) zorgt de forensische zorgsector voor inzicht in de effecten en de kwaliteit van geleverde zorg en risicomanagement. De forensische zorgsector zet de kosten van de geleverde zorg af tegen de (aanmerkelijk hogere) maatschappelijke opbrengsten. De prestaties van de forensische aanbieders (inclusief de prijs-kwaliteit verhouding) worden hiermee sector breed inzichtelijk gemaakt.

10. TECHNOLOGISCHE INNOVATIE

De forensische zorgsector onderzoekt de mogelijkheden om te komen tot verdere doelmatigheid en efficiency door technologische innovatie en de inzet van elektronische hulpmiddelen, zoals E-health, de domotica en elektronische systemen voor onder andere toezicht, plaatsbepaling en stressmeting.

11. EFFICIENCY

De forensische zorgsector werkt de komende periode samen met het Ministerie van Veiligheid en Justitie om te komen tot een efficiency- en doelmatigheids-slag. Het (gefaseerd) afbouwen van capaciteit en zelfs het sluiten van instellingen als gevolg van deze efficiency-slagen, wordt daarbij als mogelijk gevolg niet geschuwd. De sector geeft hieraan de voorkeur boven het hanteren van de 'kaasschaafmethode' en tariefskortingen, aangezien daardoor de kwaliteit van de forensische zorg onder druk komt te staan. De prestatiebekostiging maakt het mogelijk dat keuzes worden gemaakt op basis van objectieve criteria over kwaliteit, doelmatigheid en toegang. Voorwaarde voor het afbouwen van capaciteit zijn goede afspraken over enerzijds een kostendekkende NHC (ook na afbouw) en anderzijds fasering en ondersteuning van de transitie. Er moet een afbouwplan komen. Daarbij hoort ook een opbouwplan van ambulante zorg (zoals For-FACT) en afspraken daarover met relevante andere partijen die daarin een

rol spelen (reguliere ggz, zorgverzekeraars, VWS, gemeenten).

De sector onderzoekt in het kader van de efficiency welke besparingen mogelijk zijn door het terugdringen van de behandelduur, het verminderen van de behoefte aan forensische zorg door preventie en nazorg en het investeren in elektronische hulpmiddelen.

4 Gezamenlijke visie

De forensische zorg heeft een belangrijke maatschappelijke functie en formuleert zelf een visie over de wijze waarop aan die maatschappelijke functie invulling moet worden gegeven om optimale forensische zorg te leveren. Het forensische zorg veld gaat daarbij uit van het gemeenschappelijke en niet van de deelbelangen van individuele instellingen. Tevens wordt uitgegaan van samenhang en samenwerking met de reguliere ggz, zodat de kracht van de sector als geheel wordt vergroot. De forensische zorg heeft veel overeenkomsten met de reguliere ggz. De behandeling zelf is bij forensische zorg niet anders dan in de reguliere ggz. Het verschil ligt in de beveiligde setting. Het verbeteren van de samenwerking tussen de forensische zorg en de reguliere ggz in de toekomst, is noodzakelijk.

SECTOR ALS COLLECTIEF

Forensische zorg wordt geleverd door verschillende instellingen: forensisch psychiatrische centra (FPC), forensisch psychiatrische klinieken (FPK), forensisch psychiatrische afdelingen (FPA), poliklinieken, forensische verslavingszorg afdelingen/klinieken (FVA/FVK), psychiatrische penitentiaire centra (PPC), instellingen voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicaptenzorg (SGLGV), regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW) en klinieken voor klinische intensieve behandeling (KIB).

In de visie op forensische zorg wordt gedacht vanuit het collectief, dus niet vanuit afzonderlijke instellingen. Daarom ligt in de ontwikkelde visie de nadruk op datgene wat forensische zorgaanbieders met elkaar verbindt. Het gaat erom dat zij in gezamenlijkheid adequaat reageren op actuele ontwikkelingen die op de sector afkomen en samenwerken aan het realiseren van gedeelde ambities en doelstellingen. Alleen zo kan de kracht van de sector als geheel worden vergroot.

RELATIE FORENSISCHE ZORG MET REGULIERE GGZ

De forensische zorg vertoont veel overeenkomsten met de reguliere ggz. De sector biedt tijdelijk specialistische zorg aan patiënten, waarbij de behandeling van stoornissen op zich niet fundamenteel verschilt van die in de reguliere ggz. Tijdens de behandelingen wordt in

de forensische zorg echter nadrukkelijk gewerkt aan het voorkomen van recidive en het verkleinen van delict-risico's. Bovendien hebben niet alle patiënten de vrijheid om naar buiten te gaan. Het verschil bestaat dus uit de specifieke behandelfocus en uit de beveiligde setting waarin de forensische zorg wordt aangeboden.

Forensische zorgaanbieders en ketenpartijen staan voor de maatschappelijke opdracht om met de eigen specifieke expertise de veiligheid van de samenleving te vergroten. Om dit mogelijk te maken, dient de forensische sector te investeren in deskundigheidsbevordering van de reguliere ggz. Het is namelijk van groot belang dat de reguliere ggz en de forensische zorg over en weer gebruikmaken van elkaars sterke punten. Zo dient de kennis en expertise op het terrein van risicotaxatie bijvoorbeeld een plek te krijgen binnen de reguliere ggz.

Ook de rol en expertise van de reclassering dient geoptimaliseerd te worden, zodat deze belangrijke ketenpartner de reguliere ggz actief kan ondersteunen in de behandeling en de begeleiding van forensische patiënten. Verder dient de reguliere ggz te worden ondersteund door de inzet van crisisplaatsingen in de forensische zorg. Alleen zo is de reguliere ggz in staat om forensische patiënten in reguliere settingen te blijven behandelen.

5 Identiteit en doelstelling forensische zorg

Het gaat bij de forensische zorg om specialistische zorg: behandelen in veiligheid. Door op een goede manier te behandelen en te beveiligen is de sector in staat de recidive omlaag te brengen, delicten te voorkomen en de veiligheid in de maatschappij te vergroten. Juist in de unieke combinatie van behandelen en beveiligen ligt de deskundigheid van de forensische zorg. De sector biedt niet alleen psychiatrische en psychische behandeling, maar zorgt ook voor resocialisatie en re-integratie van patiënten en investeert in preventie. Daarnaast is er vanzelfsprekend aandacht voor de positie van slachtoffers. De sector kan door haar kennis en expertise zware en complexe patiënten behandelen en levert daardoor een grote bijdrage aan een veiligere maatschappij.

BEHANDELEN EN BEVEILIGEN

De forensische zorg onderscheidt zich door een unieke combinatie van behandelen en beveiligen. De behandeling van patiënten in de forensische zorg is gericht op terugkeer in de maatschappij. Dat vereist goede beveiliging en het nemen van afgewogen risico's op basis van risicomanagement.

Om de kwaliteit van de behandelingen verder te verbeteren, werkt de sector aan de ontwikkeling van zorgprogramma's en zorgpaden. Dat maakt een integrale benadering mogelijk waarbij aandacht wordt besteed aan de resocialisatie en re-integratie. Patiënten worden in dit kader begeleid en ondersteund op tal van levensgebieden. Bijvoorbeeld bij het vinden van werk, het indelen van vrije tijd, het vergroten van hun persoonlijk welbevinden, het aflossen van schulden en het herstellen van relaties.

Op het terrein van beveiliging wil de forensische sector zich verder professionaliseren. Bij het optimaliseren van een veilige behandeling, een veilige werkomgeving en een veilig vrijhedenbeleid zet de sector in op relationele en fysieke beveiliging.

Een veilig en ondersteunend behandelklimaat vormt de basis voor relationele beveiliging. In dit behandelklimaat is sprake van beheersing van risico's, persoonlijke bejegening en gerichte ondersteuning van patiënten. Een

veilig behandelklimaat kenmerkt zich verder door: de inzet van voldoende geschoolde en gekwalificeerde medewerkers die vanuit een professionele houding werken; een duidelijke structuur en daginvulling; een duidelijke omschrijving van de grenzen; en het zorgvuldig bewaken van grenzen, normen en waarden die gelden binnen het therapeutische milieu.

Relationele beveiliging krijgt vorm door een contact-gerichte houding, waarbij medewerkers patiënten duidelijk, betrouwbaar en respectvol bejegenen. Medewerkers werken samen in multidisciplinaire teams waarin een goede mix van competenties is vertegenwoordigd. Enerzijds stelt dit medewerkers in staat de zorg en behandeling optimaal vorm te geven. Anderzijds biedt dit ook waarborgen voor correcte en continue informatie-uitwisseling door middel van rapportages en overdacht. Medewerkers moeten hiervoor voldoende geschoold zijn, onder meer op het gebied van vroegsignalering, risicotaxatie en risicomanagement, motiverende gespreksvoering en agressiebeheersing.

Tenslotte zijn trainingen en opleidingen van belang voor relationele beveiliging. Medewerkers dienen geschoold te zijn op gebied van agressiehantering, effectieve communicatie en vroegsignalering. Daarnaast moeten medewerkers ook getraind zijn in fysieke weerbaarheid, zodat zij separatietechnieken en persoonlijke veiligheids-technieken kunnen toepassen.

Kortom, relationele beveiliging blijft naast gebouwelijke beveiliging een uiterst belangrijk aspect voor recidive-preventie.

De forensische zorg heeft een brede doelstelling. Maatschappelijk staat de sector voor de opgave waar mogelijk recidive te voorkomen en maatschappelijke overlast en onveiligheid te verminderen. Tegelijkertijd is de sector op individueel niveau gericht op het terugdringen van de symptomen, het verbeteren van kwaliteit van leven, het doorbreken van isolement en het werken aan een zo hoog mogelijk niveau van maatschappelijk functioneren – rekening houdend met de beperkingen van de patiënt op het gebied van wonen, werken en welzijn. Dit leidt ertoe dat de forensische zorg aandacht besteedt aan medisch psychiatrische aspecten, maar daarnaast ook nadrukkelijk gericht is op het ontwikkelen van persoonlijke vaardigheden die patiënten nodig hebben om maatschappelijk beter te kunnen functioneren.

LEVENSLANGE BEGELEIDING

Sommige patiënten in de forensische sector hebben levenslange begeleiding en de beschutting van een kliniek nodig. Als voortzetting van intensieve behandelingen niet langer effectief is, is humaan verblijf in een voorziening voor langdurige forensische psychiatrische zorg de meest aangewezen optie. Dit is met name gericht op het voorkomen van terugval.

MAATSCHAPPELIJK BELANG

Het effectief beveiligen en behandelen van psychisch gestoorde criminele mensen – de core business van de forensische zorg – is van evident maatschappelijk belang. Hetzelfde geldt voor de nazorgtrajecten die de sector biedt in samenwerking met de reclassering (die verantwoordelijk is voor het toezicht): de resocialisatie en re-integratie van patiënten. Hiermee biedt de forensische zorg een belangrijke bijdrage aan het terugdringen van recidive en het vergroten van de maatschappelijke veiligheid. Daarnaast vervult de forensische zorg ook een steeds belangrijker rol binnen de geestelijke gezondheidszorg. Bij voldoende capaciteit nemen forensische zorginstellingen steeds vaker patiënten uit de reguliere ggz op die daar door de ernst en complexiteit van hun problematiek niet langer (veilig) behandeld kunnen worden. Ook dat is indirect van groot maatschappelijk belang.

SLACHTOFFERS

Door de delicten die patiënten hebben gepleegd is er altijd sprake van slachtoffers. In de forensische behandeling vormen slachtoffers dan ook een centraal thema. Ook al vormen slachtoffers op zich geen doelgroep van forensische instellingen, toch stellen deze instellingen alles in het werk om de risico's voor slachtoffers weg te nemen. In dit kader werken forensische instellingen samen met Slachtofferhulp Nederland en Fonds Slachtofferhulp. Met deze instanties

is regelmatig contact over de positie van slachtoffers. De aandacht voor het slachtoffer blijft ook de komende jaren een belangrijke focus voor de sector. Waar nodig wordt erop toegezien dat het slachtoffer passende hulp krijgt; en soms bieden forensische poliklinieken ook zelf behandelingen aan slachtoffers.

COMMUNICATIE

De forensische sector vindt het belangrijk dat de buitenwereld meer zicht krijgt op het regime en de behandeling in de forensische zorg. Daarom wil de sector investeren in proactieve externe communicatie. Centrale boodschap: forensische zorg is effectief en succesvol in het terugdringen van de criminaliteit en het beperken van het recidive-risico. Het communiceren van deze boodschap blijft belangrijk, zeker omdat de sector werkt vanuit het idee dat ook forensische patiënten de kans moet hebben om weer een plek in de samenleving te krijgen. In dat kader is het belangrijk dat burgers zich realiseren dat het risico op recidive juist door begeleiding en toezicht sterk afneemt en aanvaardbaar is. Tegelijkertijd dient de sector echter ook duidelijk te maken dat behandelingen van ernstige psychiatrische problematiek niet altijd tot volledige genezing leidt. Het managen van verwachtingen op dit terrein is van groot belang voor het maatschappelijk draagvlak, met name voor tbs-behandelingen. Meer specifiek wil de sector daarnaast ook investeren in betere communicatie met de reguliere geestelijke

gezondheidszorg. Dit moet bij ketenpartners leiden tot een realistisch beeld van (het werken met) forensische patiënten. Die beeldvorming bij collega's wordt steeds belangrijker, omdat de komende jaren meer forensische patiënten naar de reguliere ggz en RIBW's zullen doorstromen als gevolg van de ambulantisering en de aanbevelingen uit het rapport *Stoornis en Delict*. Met de transitie van de AWBZ-begeleiding naar de Wmo (2015) worden gemeenten verantwoordelijk voor de zorg na detentie of het beëindigen van een maatregel. Gemeenten zijn echter nog onvoldoende voorbereid op de komst van grote groepen ex-gedetineerden die langdurig zorg nodig hebben om recidive te voorkomen. Daarom is het noodzakelijk dat de forensische sector hierover op landelijk niveau afspraken maakt met gemeenten.

6 Resultaat

Het verlenen van forensische zorg is zeer succesvol bij het verminderen van recidive. Zo is de algemene recidive van ex-tbs gestelde 2 jaar na beëindiging van de maatregel 20,9%, waarbij dit percentage bij ex-gedetineerden aanzienlijk hoger ligt, namelijk op 49,3%. Dit betreft alle mogelijke feiten waarvoor zij in die periode met Justitie in aanraking zijn geweest.

De forensische zorgsector vindt dat de inzet van evidence based, en daarmee doelmatige, interventies vanzelfsprekend moet worden. Daarom heeft het forensische zorg veld samen met de Directie Forensische Zorg en GGZ Nederland het initiatief genomen om de kwaliteit van de forensische zorg verder te verbeteren en zichtbaar te maken. Deze kwaliteitsverbetering wordt vormgegeven vanuit het meerjaren programma genaamd Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ).

Voor wetenschappelijke onderbouwing van de forensische zorg is het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) opgericht. Het EFP wil de forensische sector ondersteunen bij het verhogen van de kwaliteit

van zorg en het bevorderen van de veiligheid van de samenleving.

Door het meten van de effectiviteit (onder andere middels Routine Outcome Monitoring (ROM)) zorgt de forensische zorgsector voor inzicht in de effecten en de kwaliteit van geleverde zorg en risicomanagement. De forensische zorgsector zet de kosten van de geleverde zorg af tegen de (aanmerkelijk hogere) maatschappelijke opbrengsten. De prestaties van de forensische aanbieders (inclusief de prijs-kwaliteit verhouding) worden hiermee sector breed inzichtelijk gemaakt.

De forensische zorgsector onderzoekt de mogelijkheden om te komen tot verdere doelmatigheid en efficiency door technologische innovatie en de inzet van elektronische hulpmiddelen, zoals E-health, de domotica en elektronische systemen voor onder andere toezicht, plaatsbepaling en stressmeting.

In dit hoofdstuk staan de resultaten van de forensische zorg centraal. In dit kader komen ook de uitgangspunten met betrekking tot kwaliteit, effectiviteit en technologische innovatie aan bod.

PROGRAMMA KWALITEIT FORENSISCHE ZORG (KFZ)

Het forensische zorgveld heeft sinds 2012 zijn krachten gebundeld in het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ). Dit programma is vooral gericht op het gezamenlijk

verhogen van de kwaliteit en effectiviteit van forensische behandelingen. Doel: (nog) betere zorg en een veiligere samenleving.

Op de werkvloer wordt dagelijks kwaliteit geleverd. Professionals zetten zich in om patiënten zo goed mogelijk te behandelen, zodat zij op een verantwoorde wijze kunnen terugkeren in de samenleving. Elke forensische zorginstelling zet hiervoor specifieke expertise in en bouwt daarmee voort op jarenlange ervaring. Door de geboden behandelingen te voorzien van een wetenschappelijke onderbouwing, winnen ze kwaliteit en effectiviteit. Het programma KFZ bundelt deze inspanningen, zodat innovaties breed kunnen worden ingezet. Verder kan ook het maatschappelijk vertrouwen in de forensische sector groeien door het werk van het KFZ. Hierdoor wordt immers zichtbaar en meetbaar hoe de forensische sector presteert.

Doelen van KFZ zijn:

- Het ontwikkelen en verbeteren van de kwaliteit van de forensische zorg;
- Het vergroten van de transparantie van de forensische zorg door het gebruik van objectieve en eenduidig gedefinieerde indicatoren op het terrein van recidive, incidenten, instroom, doorstroom en uitstroom;
- Het scheppen van voorwaarden voor en het stimuleren van de implementatie van producten die binnen het KFZ-programma zijn ontwikkeld.

Onder KFZ vallen verschillende deelprojecten:

- Richtlijnen en protocollen;
- ROM project;
- FPA project: Kwaliteitsnetwerk FPA.

Deze deelprojecten worden hieronder nader toegelicht.

RICHTLIJNEN EN PROTOCOLLEN

Het streven van KFZ is om over 10 jaar 80% van het werk in de forensische sector in richtlijnen en protocollen te vatten.⁴ Hiertoe zet KFZ zogeheten calls uit. Dit zijn oproepen aan forensische zorginstellingen om een plan van aanpak in te dienen naar aanleiding van een vraag van het programma KFZ. Het kan bijvoorbeeld gaan om het ontwikkelen van een behandelmethode of protocol. Daarnaast zijn er ook calls om de reeds aanwezige kennis en expertise te bundelen en beter beschikbaar te maken voor het veld. Voor de uitvoering van deze calls stelt KFZ de nodige financiële middelen ter beschikking.

Zie voor de in 2013 uitgezette calls en een nadere uitwerking en toelichting: bijlage 2.

Kijk voor meer informatie over het programma KFZ op: www.kwaliteitforensischezorg.nl.

ROM PROJECT

Door het meten van de uitkomsten van zorg onder andere door Routine Outcome Monitoring (ROM) - zorgt de forensische zorgsector voor inzicht in de effectiviteit en de kwaliteit van de geleverde zorg en het recidiverisico.

⁴ Bron: Interview met Ruud Rutten, bestuurder van Tactus Verslavingszorg en voorzitter van de programmacommissie KFZ. Nieuwsbrief EFP (2013).

De kosten van de geleverde forensische zorg worden afgezet tegen de (aanmerkelijk hogere) maatschappelijke opbrengsten. De prestaties van de forensische aanbieders (inclusief de prijs-kwaliteitsverhouding) worden hiermee sector-breed inzichtelijk gemaakt.

Om de effecten van geleverde zorg inzichtelijk te maken, moeten gedragsveranderingen (in termen van verminderd recidive risico) bij patiënten worden aangetoond. Het verlagen van de recidive is hiervoor een goede maat. Zoals genoemd, ligt de algemene recidive van ex-tbs gestelden twee jaar na beëindiging van de maatregel op 20,9%, terwijl dit percentage bij ex-gedetineerden aanzienlijk hoger ligt met 49,3%. Dit betreft alle mogelijke feiten waarvoor zij in die periode met justitie in aanraking zijn geweest.⁵

Recidive is echter niet de enige uitkomstmaat van forensische zorg. Hierbij kan ook gekeken worden naar andere zaken. Welke bijdrage levert deze zorg bijvoorbeeld aan het welzijn van de patiënt? Gebeurt dat tegen aanvaardbare maatschappelijke kosten? En is er sprake van verminderde klachten en symptomen? Om maatschappelijk verantwoording te kunnen afleggen over dit soort vragen wil de forensische sector de komende jaren de eigen effectiviteit beter gaan meten en inzichtelijker maken. Hierbij wordt met name gekeken naar wet- en regelgeving, het beveiligingsniveau en het behandelperspectief.

In de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013 - 2017 is afgesproken dat ROM een belangrijke plek krijgt

binnen KFZ. Dit geldt eveneens voor andere initiatieven met betrekking tot effectiviteit die voortkomen uit de Meerjarenovereenkomst. Doel van het ROM-project is dat alle forensische zorgaanbieders eind 2014 werken met de forensische ROM. Daarnaast wordt een centrale dataverzameling opgezet, zodat instellingen hun resultaten onderling kunnen vergelijken en er meer onderzoek mogelijk is. Het ROM-project bestaat uit de volgende drie projecten:

- Risicotaxatie;
- Recidive;
- Diagnose-gerelateerde metingen.

KWALITEITSNETWERK FPA⁶

Het FPA/FPK directieberaad heeft in 2011 het visiedocument 'De ideale FPA' opgesteld. Hierin zijn kwaliteitsambities geformuleerd die als kader dienen voor het werken aan verbeteringen. Door het benchmarken van behaalde resultaten, is het de bedoeling dat FPA's meer van elkaar gaan leren. Het directieberaad hoopt hiermee uiteindelijk een kwaliteitsnetwerk voor FPA's te kunnen neerzetten. Doel van dit netwerk is om samen actief te zoeken naar best practices, die te delen met elkaar en zo het kennis- en kwaliteitsniveau te verhogen. Het kwaliteitsnetwerk werkt daarnaast ook met streefnormen. Hiermee wordt het beoogde ambitieniveau aangegeven voor de ontwikkeling van kwalitatief hoogwaardige forensische zorg. Het project van het kwaliteitsnetwerk FPA is gericht

op het realiseren van een kwaliteits-verbetermethodiek en op het ontwikkelen van een kwaliteitshandboek FPA.

EFP

Voor wetenschappelijke onderbouwing van de forensische zorg is in 2002 het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) opgericht. Het EFP ondersteunt de forensische sector bij het verhogen van de kwaliteit van zorg en het bevorderen van de veiligheid van de samenleving. Eén van de kerntaken van het EFP betreft het ontwikkelen en beheren van data uit de forensische sector. Bijvoorbeeld gegevens over risicotaxatie, recidive en behandeling. Daarnaast zet het EFP zich in om – samen met de forensische sector – meer evidence-based werkmethoden en best practices op het gebied van forensische zorg toe te passen en vast te leggen.

TECHNOLOGISCHE INNOVATIE

Technologische innovatie staat in de forensische zorg nog in de kinderschoenen. Het doel is dit de komende jaren te verbeteren. Er bestaan veel mogelijkheden op dit terrein. De forensische sector is zelf te klein om hierin te investeren en te experimenteren. Ook om die reden ligt een sterkere verbinding met de reguliere ggz voor de hand. Verder zal hiervoor samenwerking gezocht moeten worden met universiteiten en technologiebedrijven.

E-health kan bijvoorbeeld worden ingezet tijdens ambulante behandelingen door forensische ACT-teams.

Zodra de strafrechtelijke titel afloopt en/of patiënten minder intensieve behandeling/beveiliging nodig hebben, kunnen zij behandeld worden in ambulante setting. Op dat moment kunnen zorgverleners en patiënten gebruikmaken van bijvoorbeeld beeldbellen, e-mail of chatten. Met behulp van deze nieuwe mogelijkheden kan de forensische zorg efficiënter en goedkoper gaan werken. Zo kunnen namelijk goedkopere krachten worden ingezet, de behandelaar hoeft minder vaak langs te gaan bij patiënten, en patiënten kunnen in een eerder stadium in een ambulante setting worden behandeld.

De reclassering heeft al veel ontwikkeld op het gebied van elektronische hulpmiddelen, zoals het uitvoeren van elektronisch toezicht en het controleren van gebiedsverboden met behulp van GPS. Daarom ligt ook op dit terrein intensievere samenwerking met de reclassering voor de hand.

Technologische innovatie is als thema benoemd in de Meerjarenafspraken Forensische Zorg en krijgt vanuit deze afspraken eveneens een plaats binnen KFZ.

⁵ Bron: <http://rijksoverheid.nl/ministeries/venj/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2012/03/23/brief-tweede-kamer-tbs-maatregel.html>

⁶ Bron: Projectvoorstel KFZ. Aanvraag callronde kwaliteitsnetwerk FPA (2013). FPA/FPK directieberaad.

7 Behandeling in de keten

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 de 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 wegnemen van de schotten in de keten.

De forensische zorg begint aan de 'voorkant' bij de begeleiding en behandeling van (potentiële) daders en eindigt aan de 'achterkant' bij patiënten wiens strafrechtelijke titel 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 (dus inclusief reguliere GGZ, PPC's, beschermde woonvormen en instellingen voor maatschappelijke begeleiding en -Verstandelijk Gehandicapten (VG)) naar aansluiting en optimalisering. Het is daarbij belangrijk over en weer gebruik te maken van elkaars sterke punten. De Wet Verplichte ggz moet de mogelijkheden voor (dwang)behandeling buiten de muren van de instelling faciliteren.

De komende jaren komt er een enorme bezuiniging af op het gevangeniswezen (GW). De forensische zorgsector ziet voor zichzelf een taak om zowel binnen de gevangenispopulatie als na afloop van detentie passende en aansluitende forensische zorg te bieden aan justitiabelen met een psychische stoornis. Hiermee kan voorkomen worden dat deze groep vanuit hun ziektebeeld opnieuw delicten pleegt en terug komt in detentie. Daarnaast ziet de forensische zorg ook een taak voor zichzelf aan de voorkant, namelijk het voorkomen van delicten door tijdig behandeling aan te bieden. Het forensische veld wil zich meer richten en specialiseren in ambulante preventieve zorg en wil zo een nieuwe groep patiënten bereiken, te weten de patiënten die vanuit hun stoornis delicten dreigen te gaan plegen. Als deze patiënten tijdig worden behandeld en begeleidt zal de toestroom naar het Gevangeniswezen van deze groep afnemen.

DOELGROEP

In de forensische zorg worden patiënten met gestoord, grensoverschrijdend en gevaarlijk gedrag behandeld. Hierbij kan het gaan om patiënten met of zonder strafrechtelijke titel.

ZORGTRAJECT

De forensische zorg bestrijkt een breed continuüm. Aan de voorkant wordt begeleiding en behandeling aan (potentiële) daders geboden. Aan de achterkant wordt nazorg geboden aan patiënten die geen strafrechtelijke titel meer hebben maar bij wie nog wel steeds behandeling en beveiliging nodig zijn. In het laatste geval blijft de forensische zorg betrokken zolang de beveiliging en behandeling toegevoegde waarde hebben.

Tegen deze achtergrond zoekt de forensische zorgsector in de brede keten - dus inclusief reguliere ggz, PPC's, beschermde woonvorm, instellingen voor maatschappelijke begeleiding en instellingen voor VG zorg - naar aansluiting en samenwerking, zodat over en weer gebruik kan worden gemaakt van ieders sterke punten. Daarnaast is ook een nauwe samenwerking met de reclassering van belang om de getrapte opbouw van vrijheden en de geleidelijke afbouw van het beveiligingsniveau binnen het toezicht te monitoren. Waar nodig wordt ook rond individuele patiënten naar passende samenwerkingsverbanden gezocht, binnen of buiten de forensische zorgsector.

De Wet Verplichte GGZ moet de mogelijkheden voor (dwang)behandeling buiten de muren van de instelling faciliteren. De forensische zorg wil die behandeling niet per se zelf bieden, maar ziet er wel op toe dat de behandeling en/of begeleiding wordt gecontinueerd. Hierbij kan het bijvoorbeeld om een ambulante of een minder intensieve behandeling in de reguliere ggz gaan. Vooral van belang is dat dit vervolg logisch aansluit op de eerdere forensische behandeling. Deze ketensamenwerking en aansluiting bij de reguliere zorg zal de komende jaren verder vorm moeten krijgen.

Wanneer binnen de reguliere ggz, RIBW's, of maatschappelijke opvang onhoudbare situaties ontstaan, kan er een crisisplaatsing (time-out) plaatsvinden binnen de forensische zorg. Ook in het geval dat de behandeling bij een ketenpartner stagneert, kan een crisisplaatsing het behandel- of begeleidingsteam ondersteunen. Na tijdelijke inzet van specifieke forensische expertise kan er voor de patiënt en het behandel- of begeleidingsteam weer ruimte ontstaan om het traject zelf voort te zetten. Deze manier van samenwerken heeft meerdere voordelen. Het vergroot de doorstroom mogelijkheden, het bevordert het uitwisselen van kennis, en het biedt ketenpartners in de reguliere ggz de garantie dat zij op de forensische zorg kunnen terugvallen bij het behandelen van patiënten met zwaardere problematiek. Vooral dat laatste aspect is voor deze ketenpartners een belangrijke randvoorwaarde om de patiënten op te nemen.

AMBULANTE PREVENTIEVE ZORG

Het forensische veld wil zich meer richten op ambulante preventieve zorg. Zo kan een nieuwe groep patiënten worden bereikt, met name patiënten die door hun stoornis delicten dreigen te gaan plegen. Als deze patiënten tijdig worden behandeld en begeleid, kan worden voorkomen dat zij in de fout gaan en in detentie belanden. Voor deze preventieve benadering is de forensische zorg aangewezen op vroegsignalering door de reclassering; die zal bij lichte vergrijpen moeten kijken of die onder invloed van een psychiatrische stoornis zijn gepleegd. Deze doelgroep dient binnen de ambulante forensische zorg in een zo vroeg mogelijk stadium behandeld te worden, zodat zwaardere delicten worden voorkomen.

Ook de samenwerking met gemeenten, openbaar ministerie, politie en zorginstellingen (inclusief de forensische zorg in de veiligheidshuizen) verdient meer aandacht. Veiligheidshuizen kunnen fungeren als een belangrijke vindplaats van potentiële forensische patiënten. Met gecoördineerde, preventieve interventies kan verdere ontsporing worden voorkomen. De (forensische) zorgaanbieders dienen hier hun expertise ruimhartig in te zetten. Bijvoorbeeld door actief te participeren in regionale samenwerkingsverbanden, uiteraard binnen de wettelijke kaders van informatie-uitwisseling.

RVZ RAPPORT STOORNIS EN DELICT

Het versterken van de ketensamenwerking is een belangrijk thema in het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) Stoornis en delict. In dit rapport geeft de RVZ advies over de voorwaarden voor een succesvolle invoering van de Wet Forensische Zorg en de Wet Verplichte GGZ, zodat er een integrale keten van forensische zorg kan ontstaan.

Het advies richt zich op patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Er wordt gesteld dat de ggz prioriteit moet leggen bij deze groep. Daarbij moet krachtig worden ingezet op verdergaande ambulantisering. Om deze doelgroep beter te kunnen behandelen, moet de stoornis als aangrijpingspunt worden genomen en niet het delict. In de zorgketen krijgen ook zorgverzekeraars en gemeenten een duidelijke rol en eigen verantwoordelijkheden. Daarnaast wordt in het advies aandacht besteed aan het verbeteren van de aansluiting tussen de forensische en reguliere ggz, het vormen van een integrale keten van forensische zorg en het wegnemen van belemmerende financiële schotten.

Dit advies heeft grote impact op de organisatie van de ggz. Niet alleen voor de forensische sector, maar ook voor de langdurende zorg, de ideeën en plannen over ambulantisering, F(ACT), dwang en drang, en de rol en positie van de ggz in de gehele zorgketen.

Het forensische veld onderschrijft het uitgangspunt van de RVZ om de patiënt als vertrekpunt te nemen en toe te werken naar één stelsel waarin de gehele zorgketen is geoptimaliseerd.

Terecht wijst de RVZ op de huidige onwenselijke situatie van financieringsschotten die het bieden van optimale zorg kunnen belemmeren. Als bijvoorbeeld de strafrechtelijke titel van de patiënt is afgelopen, stopt de financiering vanuit het ministerie van Veiligheid en Justitie. Indien de zorgaanbieder van mening is dat behandeling nog niet is afgerond, wordt de behandeling verder betaald uit de Zorgverzekeringswet. Het budget dat hiervoor beschikbaar wordt gesteld is echter niet dekkend voor de gemaakte kosten van de zorgaanbieder. Om dit soort situaties te voorkomen onderschrijft het forensische veld voor de financiering vanuit één fonds, met verrekening achteraf op basis van het doorlopen zorgtraject. Dat biedt mogelijkheden om de genoemde schotten in de financiering te beslechten.

In de beleidsreactie van het ministerie van VWS en het ministerie van Veiligheid en Justitie (20 juni 2013) op het RVZ advies wordt aangegeven dat er geen noodzaak bestaat om tot één wettelijk uitvoeringsregime voor beide wetten te komen. Op basis van het advies komen de ministeries op onderdelen wel tot specifieke aanvullende maatregelen om de continuïteit van de zorgverlening aan patiënten uit de gezamenlijke doelgroep te verbeteren. De maatregelen zijn onder te

verdelen in drie categorieën. De eerste categorie gaat over het afstemmen en waar mogelijk flexibiliseren van financiering, bekostiging en inkoop. Hieronder valt het afstemmen van inkoop(beleid) tussen de ministeries en zorgverzekeraars, het deels ontschotten van de financiering en het opschorten van de zorgverzekering tijdens detentie. De tweede categorie maatregelen heeft betrekking op het stroomlijnen van werkprocessen in strafrechtelijk, civiel en vrijwillig kader. Hierbij wordt gedacht aan het verbeteren van de informatie-uitwisseling, het harmoniseren van de rechtsposities, het stroomlijnen van de indicatiestelling en het stroomlijnen van de toelatingsvereisten voor civiele en/of vrijwillige zorg. Tenslotte worden er maatregelen genoemd om de integrale samenwerking te verbeteren. Deze maatregelen moeten verder onderzocht en geconcretiseerd worden, zodat hierover vervolgens afspraken met veldpartijen kunnen worden gemaakt. Het uitwerken van de aanbevelingen uit het RVZ advies heeft een belangrijke positie gekregen in de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013 - 2017, In deze overeenkomst spreken partijen in dit kader het volgende met elkaar af: “Partijen zullen zich voor hun eigen beleidsaandeel 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.”

8 Ontkoppeling titel en bed

Om keten zorgprogramma's en het ontwikkelingstraject van patiënten centraal te kunnen zetten, draagt de sector zorg voor het stroomlijnen van de in-, door- en uitstroom. Een probleem hierbij is het aflopen van de straf/maatregel. De sector streeft naar een ontkoppeling van titel en bed, zodat niet uitsluitend kan worden geïndiceerd op basis van de juridische titel (zowel strafrechtelijk 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 noodzakelijk.

Het komt regelmatig voor dat forensische behandelingen niet kunnen worden voortgezet op het moment dat een strafrechtelijke maatregel afloopt, terwijl dat wel nodig is volgens de behandelaar. In dat soort gevallen zou de mogelijkheid moeten bestaan om de patiënt in behandeling te houden. De forensische zorg hoeft hierbij niet per se zelf de behandeling te bieden, maar wil er wel op toezien dat de behandeling en/of begeleiding doorgaat. Bijvoorbeeld met behulp van een ambulante of een minder intensieve behandeling in de reguliere ggz of met ondersteuning van een forensisch ACT-team.

Het is van belang dat er een financieringssysteem komt, waarmee per patiënt kan worden betaald voor het gehele behandelingstraject. Na het verlopen van de strafrechtelijke titel wordt de voortzetting van de behandeling van de patiënt namelijk niet meer gefinancierd vanuit het Ministerie van Veiligheid en Justitie, zoals al aangegeven in hoofdstuk 7. Als de behandeling wordt voortgezet, wordt de instelling gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet. Maar dit budget dekt de gemaakte kosten niet. De huidige situatie is dus verre van ideaal. Noch de ggz-instelling, noch de patiënt hoort benadeeld te worden door schotten tussen de financieringsstromen. Dit kan anders en beter door de patiënt ook in de financiering centraal te stellen en de strafrechtelijk titel te ontkoppelen van het bed.

Door deze ontkoppeling kan de continuïteit van de forensische zorg beter worden gewaarborgd, omdat daarmee de doorstroommogelijkheden naar vervolgvoorzieningen beter worden gefaciliteerd. Verder dient de reguliere ggz meer open te staan voor het ontvangen van forensische patiënten. De forensische zorg dient hierbij de garantie te bieden dat het de reguliere ggz waar nodig ondersteunt en bij gevaar de behandeling van de patiënt (tijdelijk) overneemt. De Wet Forensische Zorg (WFZ) draagt naar verwachting bij aan het oplossen van knelpunten tussen de forensische zorg en de reguliere ggz.

De reclassering – en met name de ggz reclassering – is een essentiële ketenpartner voor de forensische zorg. Het is de partner die de ambulante forensische zorg indiceert, over de juridische zorgkaders adviseert en toezicht houdt op het gehele justitiële traject. Deze partij levert hiermee een belangrijke bijdrage aan het organiseren van aansluitende reguliere zorg na afloop van een maatregel of sanctie.

9 Behandelduur

De sector maakt zich sterk voor het terugbrengen van de gemiddelde behandelduur in de forensische zorg. Hierbij is in het bijzonder aandacht voor het terugbrengen van de duur van de tbs-behandeling, o.a. door het hanteren van richtlijnen in het vrijhedenbeleid en het opstellen van forensische prognoses, waarmee de (tbs-)behandeling transparanter en meer toetsbaar wordt.

De sector onderkent tegelijkertijd dat voor een bepaalde groep patiënten continue zorg, structuur, begeleiding en ondersteuning nodig is om de veiligheid te kunnen blijven waarborgen. Voor een kleine groep moet worden geaccepteerd dat humane opsluiting in de longcare uiteindelijk nodig kan zijn, waarbij wordt behandeld in een lage intensiteit die gericht is op de stabilisatie van de patiënt.

Rond de behandelduur werkt de sector ook aan een substitutie van zware naar lichte behandeling en beveiliging. Concreet komt dat er op neer dat er patiënten mogelijk eerder in een ambulante of minder

intensieve setting kunnen worden behandeld. De sector creëert de noodzakelijke voorwaarden op het gebied van veiligheid, zoals begeleiding en controle.

Nauwe samenwerking met ketenpartners is in deze noodzakelijk. Daarnaast moet onderkend worden dat de forensische zorgaanbieders niet alleen deze teruggang in behandelduur kunnen bewerkstellingen: politieke en beleidsmatige ontwikkelingen dragen hieraan tevens fors bij.

De behandelduur in de tbs is de afgelopen jaren steeds verder toegenomen. Dit heeft meerdere oorzaken: politieke maatregelen op het gebied van veiligheid; toenemende maatschappelijke intolerantie; en toegenomen kennis over risicomanagement. Door deze ontwikkeling moet opnieuw een afweging plaatsvinden over de besteding van het beschikbare budget. Daarnaast is het van belang om ook andere zaken onder de loep te nemen, zoals mogelijkheden om de tbs-behandelduur te verkorten, mogelijke investeringen in continue nazorg en opties om effectiever te gaan behandelen.

In dit kader onderzoekt de sector of het mogelijk is patiënten eerder in een minder intensieve / ambulante setting te behandelen door voorwaarden te creëren op het gebied van veiligheid, zoals begeleiding, controle en verplichte terugkom-gesprekken.

Door het Forensisch Psychiatrisch Toezicht (FPT) te optimaliseren kunnen de reclassering en de behandelende kliniek in een eerder stadium van de (tbs)-behandeling doorfaseren naar de verloop modaliteiten. Het eerder starten met transmuraal- of proefverlof kan de behandelduur tevens verkorten en zo voorkomt het contraire (voorwaardelijke) beëindigingen.

In de discussie over de duur en de maatschappelijke meerwaarde van de tbs is het van belang nadrukkelijker te wijzen op het chronische karakter van de psychiatrische problematiek van een deel van de forensische patiënten. Het lijkt er vaak op dat de maatschappij van de forensische zorg verwacht dat het de patiënten voorgoed geneest. Zeker als een ex-tbs gestelde opnieuw een delict pleegt, wordt al snel verwijzend naar de forensische zorg gewezen. Onterecht, omdat chronische psychiatrische problematiek niet te genezen is, net zoals chronische somatische aandoeningen. Behandelen betekent in dat geval dat er blijvend zorg moet worden verleend. Ook in de forensische zorg zijn sommige patiënten nooit uitbehandeld. Dat vereist dus permanente (na)zorg en ondersteuning. Daarnaast is ook het managen van maatschappelijke verwachtingen op dit terrein hard nodig.

In de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg hebben de partijen afgesproken dat zij zich sterk maken voor het terugbrengen van de gemiddelde behandelduur van

gemiddeld 10 jaar naar 8 jaar. Hiertoe is een gezamenlijk project gestart. Er wordt een Taskforce Behandelduur tbs opgericht, waarvoor naast de ondertekenaars van het convenant (GGZ Nederland, VGN en het Ministerie van V&J) ook gemeenten, het Ministerie van VWS, ZN en de VNG zijn uitgenodigd.

10 Regie in de keten

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 afbreuk doet aan de efficiency van de sector. Hier is dus winst te behalen. Teneinde de regie in de keten te verbeteren, onderzoekt de forensische zorgsector de mogelijkheden op het gebied van samenwerking, concentratie en specialisatie. Hierbij kan ook worden gedacht aan het benoemen van een beperkt aantal 'preferred suppliers' die de regiefunctie vormgeven.

Concentratie en samenwerking biedt meer mogelijkheden tot specialisatie, het inregelen van keten brede zorgpaden en zorgprogramma's en efficiency-verbeteringen.

De forensische sector is tamelijk versnipperd. Dit wordt vooral veroorzaakt door het grote aantal forensische zorgaanbieders. Hoe en of dit de komende jaren zal veranderen als gevolg van bezuinigingen, ambulantisering en verbeterde ketensamenwerking is op dit moment nog niet te voorzien.

Op inhoudelijk gebied werken de aanbieders van forensische zorg over het algemeen nog te weinig met elkaar samen. De komende jaren zal verkend worden of er meer samenwerking mogelijk is bij het ontwikkelen van zorgpaden en programma's om de kwaliteit en efficiency van de sector te vergroten. Door het uitwisselen van specifieke expertise zouden forensische zorgaanbieders bovendien meer van elkaar kunnen leren, met alle voordelen van dien voor de sector als geheel.

Op 1 april 2013 is de NMa gefuseerd met de Consumentenautoriteit en de OPTA tot de Autoriteit Consument en Markt (ACM). Als forensische zorgaanbieders intensiever gaan samenwerken om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de zorg efficiënter te organiseren, moeten zij zich in elk geval aan algemene concurrentieregels van de ACM houden. Deze regels zijn te vinden op de website van ACM (www.acm.nl) onder concurrentie regels zorg.

11 Efficiency

De forensische zorgsector werkt de komende periode samen met het Ministerie van Veiligheid en Justitie om te komen tot een efficiency- en doelmatigheidsslag. Het (gefaseerd) afbouwen van capaciteit en zelfs het sluiten van instellingen als gevolg van deze efficiency-slagen, wordt daarbij als mogelijk gevolg niet geschuwd. De sector geeft hieraan de voorkeur boven het hanteren van de 'kaasschaafmethode' en tariefkortingen, aangezien daardoor de kwaliteit van de forensische zorg onder druk komt te staan. De prestatiebekostiging maakt het mogelijk dat keuzes worden gemaakt op basis van objectieve criteria over kwaliteit, doelmatigheid en toegang. Voorwaarde voor het afbouwen van capaciteit zijn goede afspraken over enerzijds een kostendekkende NHC (ook na afbouw) en anderzijds fasering en ondersteuning van de transitie. Er moet een afbouwplan komen. Daarbij hoort ook een opbouwplan van ambulante zorg (zoals For-FACT) en afspraken daarover met relevante andere partijen die daarin een rol spelen (reguliere ggz, zorgverzekeraars, VWS, gemeenten).

De sector onderzoekt in het kader van de efficiency welke besparingen mogelijk zijn door het terugdringen van de behandelduur, het verminderen van de behoefte aan forensische zorg door preventie en nazorg en het investeren in elektronische hulpmiddelen.

De financiering van de forensische zorg is een aanzienlijke maatschappelijke kostenpost. De sector toont aan dat het beschikbare geld goed wordt besteed, dat de behandelingen effectief zijn en dat de sector op maatschappelijk vlak een bijdrage levert aan de veiligheid.

De sector onderzoekt de komende periode of een andere verdeling van het beschikbare budget binnen de forensische zorg wenselijk is (efficiënter werken, verder professionaliseren, terugdringen behandelduur tbs, meer inzet in ambulante zorg).

In de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013-2017 staan verschillende afspraken over het verhogen van de efficiency. Initiatieven die de kwaliteit van de (forensische) zorg betreffen en die voortkomen uit de Meerjarenovereenkomst worden onder andere belegd bij het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ).

12 De toekomst van de forensische sector

Op 3 april 2013 ondertekenden het ministerie van Veiligheid en Justitie, VGN en GGZ Nederland de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013-2017 (MJA FZ). In deze overeenkomst is een groot deel van de uitgangspunten uit dit visiedocument opgenomen.

De meerjarenovereenkomst maakt deel uit van het Masterplan DJI van het Ministerie van V&J. Er zijn verschillende afspraken in gemaakt die van invloed zijn op de toekomst van de forensische zorg. Daarom zal de overeenkomst de komende jaren dienen als basis voor beleid in de sector.

In de Meerjarenoverkomst worden de contouren zichtbaar van de forensische zorg in 2017:

- De beeldvorming over patiënten en prestaties van de forensische zorg is verbeterd;
- Forensische patiënten worden op de meest effectieve plaats behandeld. Daarbij is sprake van: gestroomlijnde in-, door- en uitstroom en effectieve ketenzorg; een ontkoppeling van strafrechtelijke titel

en behandeling; een verbeterde samenwerking met de PPC's; en een harmonisering van indicatiestellingsmethodieken. De adviezen van het RVZ rapport Stoornis en Delict zijn meegenomen in de optimalisatie van de ketenzorg, waardoor de forensische zorg en de reguliere ggz beter op elkaar aansluiten;

- De gemiddelde tbs-behandelduur is teruggebracht van 10 naar 8 jaar;
- De sector maakt meer gebruik van doelmatige en bewezen effectieve interventies;
- De ambulante forensische zorg is verder uitgebreid, mede door de inzet van forensische (F)ACT-teams.

13 Bronnen

- Interview met Ruud Rutten, bestuurder van Tactus Verslavingszorg en voorzitter van de programmacommissie KFZ. Nieuwsbrief EFP (2013).
- Jaarplan KFZ 2013 (2013).
- Jaarplan EFP 2014 (2013).
- Masterplan DJI 2013 – 2018 (2013). Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Meerjarenbeleid inkoop forensische zorg 2014 – 2017 (2013). Dienst Justitiële inrichtingen. Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Meerjarenovereenkomst Forensische zorg 2013 tot en met 2017 (2013). Ministerie van Veiligheid en Justitie, GGZ Nederland en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN).
- Nederlandse Zorgautoriteit (2012). Marktscan Forensische zorg met strafrechtelijke titel. Weergave van de markt 2008 – 2012.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2013). Marktscan Forensische zorg met strafrechtelijke titel. Weergave van de markt 2009 – 2012.
- Projectvoorstel KFZ. Aanvraag callronde kwaliteitsnetwerk FPA (2013). FPA/FPK directieberaad.
- Raad van de Volksgezondheid en Zorg (2012). Stoornis en delict. Forensische en verplichte geestelijke gezondheidszorg vormen een keten.
- Voortgangsrapportages KFZ (2013).
- Beleidsreactie RVZ rapport 'Stoornis en delict' (2013). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- DForZo. Budgetafspraken 2008 t/m 2011.
- Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Veiligheid en Justitie (2012). Forensische zorg in getal 2007 – 2011.
- Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Veiligheid en Justitie (2013). Forensische zorg in getal 2008 – 2012.
- DigiMV (<https://www.jaarverslagenzorg.nl/zorginstellingen/kwantitatievegegevensdigimv>).
- Forensische zorg in perspectief. Een inhoudelijke toekomstvisie op de forensische zorg (2010).
- iFPA: Visiedocument 'De ideale FPA' (2010).
- Internet site: <http://rijksoverheid.nl/ministeries/venj/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2012/03/23/brief-tweede-kamer-tbs-maatregel.html>.
- Internet site: www.acm.nl.
- Internet site: www.kwaliteitforensischezorg.nl.

Bijlage 1

Cijfers forensische zorg

TABEL 1.1. INGEKOCHTE PLAATSEN ZORGAANBIEDERS EN REALISATIE 2009 TOT EN MET 2012 ⁷

Soort instelling	2009		2010		2011		2012	
	Ingekocht	Realisatie	Ingekocht	Realisatie	Ingekocht	Realisatie	Ingekocht	Realisatie
FPA	251	262	230	236	256	263	269	304
FPK	173	173	177	171	229	226	270	263
Verslavingszorg	186	186	166	149	162	144	130	123
RIBW	188	175	216	196	274	284	418	355
Reguliere ggz	69	70	95	74	76	74	76	73
SGLVG	69	61	105	105	166	134	203	159
KIB	2	1	1	1	4	4	6	6
FVK/FPA	12	0	0	0	2	3	48	44
FZG FPA	79	85	152	133	155	96	185	99
FZG RIBW	40	40	36	33	27	20	25	18
FZG FVK					15	6		23
Verslavingszorg aanbesteding	0		0	2	2	1	2	1
Totaal	1069	1053	1180	1100	1368	1255	1632	1468

Bron: Forensische zorg in getal 2008 – 2012. Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2013.

⁷ De realisatie vanaf 2010 is een voorlopige realisatie.

TABEL 1.2. OPLEGGINGEN TBS 2008 – 2012

	2008	2009	2010	2011	2012
TBS met bevel tot verpleging	129	116	102	105	93
TBS met voorwaarden	53	53	37	50	64

Bron: Forensische zorg in getal 2008 – 2012. Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2013.

TABEL 1.3. BEZETTING FPC 2008 – 2012 ⁸

	2008	2009	2010	2011	2012
Mannen	1760	1880	1839	1749	1654
Vrouwen	123	128	138	126	114
Totaal	1883	2008	1977	1875	1768

Bron: Forensische zorg in getal 2008 – 2012. Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2013.

⁸ Ultimo september van het betreffende jaar.

TABEL 1.4. AANTAL AANBIEDERS MET BUDGETAFSPRAKEN IN PARAMETERS OF AANBESTEDINGSCONTRACTEN

	2009	2010	2011	2012
Overige FZ				
- GGZ ambulante behandeling	39	38	38	45
- GGZ-begeleiding	61	67	79	99
- GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1	32	33	29	29
- GGZ-behandeling beveiligingsniveau 2	14	14	14	16
- GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3	8	6	9	10
- VG-begeleiding	8	11	15	20
- VG-behandeling beveiligingsniveau 2	6	10	10	9
- VG ambulante behandeling	4	4	3	3
FPC	13	13	13	13
Zorg aan gedetineerden in PPC's	1	12	12	9

Bron: Marktscan Forensische zorg met strafrechtelijke titel. Weergave van de markt 2009 – 2012. Nederlandse Zorgautoriteit, 2013.

TABEL 1.5. REALISATIE BUDGET IN MILJOEN EURO'S ⁹

	2009	2010	2011	2012
Overige FZ				
- GGZ ambulante behandeling	30,22	34,15	36,42	42,69
- GGZ-begeleiding	12,54	16,08	20,54	28,88
- GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1	18,27	18,41	18,19	18,32
- GGZ-behandeling beveiligingsniveau 2	35,75	48,64	47,82	56,12
- GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3	25	28,58	38,33	57,46
- VG-begeleiding	0,63	1,5	3,16	4,22
- VG-behandeling beveiligingsniveau 2	5,87	10	11,64	14,3
- VG ambulante behandeling	0,77	0,97	0,74	1,16
FPC	330,67	334,95	330,67	331,46
Zorg aan gedetineerden in PPC's	34,33	85,26	85,28	88,7
Totaal	494,05	578,54	592,79	643,31

Bron: Marktscan Forensische zorg met strafrechtelijke titel. Weergave van de markt 2009 – 2012. Nederlandse Zorgautoriteit, 2013.

TABEL 1.6. FINANCIËEL KADER 2013 – 2017 IN MILJOEN EURO'S ¹⁰

	2013	2014	2015	2016	2017
	688	651	631	614	602

Bron: Meerjarenovereenkomst Forensische zorg 2013 tot en met 2017 (2013).
Ministerie van Veiligheid en Justitie, GGZ Nederland en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN).

⁹ Voor de jaren 2009 en 2010 zijn de gegevens definitief. De gegevens van 2011 en 2012 zijn voorlopig. Realisatie van het Gevangeniswezen (In het segment Zorg aan gedetineerden in PPC's) en die van de FPC's zijn exclusief de DJI brede overhead.

¹⁰ Exclusief jaarlijkse loon- en prijsbijstelling.

Bijlage 2

Uitwerking calls 2013

CALL 2013.1: VERSLAAFDEN (PROTOCOL LEEFSTIJLTRAINING JUSTITIABELEN PLUS)

De programmacommissie heeft begin 2013 een call uitgezet met het verzoek om projectvoorstellen in te dienen die de meerwaarde van een combinatie – zoals van een cognitief gedragstherapeutische interventie met Contingency Management – onderbouwen door middel van literatuurstudie, het opstellen van een behandelprotocol en het uitvoeren van een tweetal pilots. Door deze call vindt ook verdere verspreiding van de leefstijltraining in het forensische veld plaats.

CALL 2013.2: VERSLAAFDEN (RICHTLIJN VOOR verslavingsproblemen voor forensische klinieken)

De programmacommissie heeft begin 2013 een call uitgeschreven om richtlijnen te ontwikkelen inzake aspecten van problematisch middelengebruik onder forensische patiënten.

CALL 2013.3: PSYCHO EDUCATIEVE MODULE 'OMGAAN MET LVB'

De programmacommissie heeft begin 2013 een call uitgeschreven voor een psycho educatieve module voor LVB en hun begeleiders.

CALL 2013.4: SOCIO THERAPEUTISCH MILIEU

De programmacommissie KFZ was voornemens een call uit te zetten met betrekking tot de methodische uitwerking van de sociotherapeutische milieus, maar het bleek gaandeweg dat er behoefte was aan meer duidelijkheid over de beschikbare literatuur en over de verschillende modellen die op dit moment worden gehanteerd binnen het forensische veld. Daarom is besloten om met betrekking tot de sociotherapeutische milieus eerst een pre-call te schrijven en gericht een deskundige op dit gebied te benaderen om daarmee aan de slag te gaan.

CALL 2013.5: AMBULANTE VERDIEPINGSDIAGNOSTIEK

Meerdere ambulante instellingen hebben in aanbestedingen geld toegewezen gekregen om ambulant verdiepingsdiagnostiek te mogen uitvoeren voor de reclassering. De programmacommissie acht het van belang dat er, vanuit het veld, een eenduidig protocol komt, waarin beschreven wordt op welke wijze een dergelijk forensische, op het verloop van de strafrechtketen gerichte, GGZ rapportage tot stand komt, zowel procesmatig, als vanuit de inhoudelijke deskundigheid.

CALL 2013.6: DOELGROEP PSYCHOTICI

De Programmacommissie KFZ schrijft op dit moment een call waarin zij het forensische zorgveld verzoekt om projectvoorstellen in te dienen die (onderdelen van) het Zorgprogramma Psychotische Stoornissen (ZP PsyS) vertalen naar handelingsprotocollen.

CALL 2013.7: DOELGROEP ZEDENDELIGQUENTEN

De Programmacommissie gaat in 2013 een call uitzetten op het gebied van zeden. Besloten wordt om te starten met een classificering van de verschillende soorten seksueel delinquenten. Daarom vraagt de programmacommissie een deskundige op het gebied van zeden om het terrein te verkennen (literatuurstudie) en met overzicht en één of twee callteksten te komen.

Bijlage 3 Afkortingen

A

ACM: Autoriteit Consument en Markt
 ACT: Assertive Community Treatment
 AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

C

CM: Contingency Management

D

DForZo: Directie Forensische Zorg
 DJI: Dienst Justitiële Inrichtingen

E

EFP: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie
 EPA: patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening

F

For-FACT: Forensische Functie Assertive Community Treatment
 FPA: Forensische Psychiatrische afdelingen
 FPC: Forensische Psychiatrische centra
 FPK: Forensische Psychiatrische klinieken
 FPT: Forensisch Psychiatrisch Toezicht
 FVA: Forensische Verslavingszorg Afdelingen
 FVK: Forensische Verslavingszorg Klinieken
 FZG FPA: Forensische Zorg Gedetineerden in een Forensisch Psychiatrische Afdeling
 FZG FVK: Forensische Zorg Gedetineerden in een Forensische Verslavingskliniek
 FZG RIBW: Forensische Zorg Gedetineerden in een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen

G

Ggz: geestelijke gezondheidszorg
 GPS: Global Positioning System
 GW: gevangeniswezen

K

KFZ: Kwaliteit Forensische Zorg
 KIB: Kliniek Intensieve Behandeling

L

LVB: Licht Verstandelijk Beperkten

M

MJA FZ: Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013 – 2017.

N

NHC: normatieve huisvestigingscomponent
 NIFP: Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
 NMa: Nederlandse Mededingingsautoriteit
 NZa: Nederlandse Zorgautoriteit

O

OPTA: Onafhankelijke Post en Telecommunicatie Autoriteit

P

PMO: Psycho-Medisch Overleg
 PPC: penitentiair psychiatrisch centrum

R

RIBW: Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen
 ROM: Routine Outcome Monitoring
 RVZ: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

S

SGLGV: Instellingen voor Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicaptenzorg

T

Tbs: terbeschikkingstelling

V

VG: verstandelijk gehandicapt
 VGN: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
 V&J: Ministerie van Veiligheid en Justitie
 VNG: Vereniging van Nederlandse Gemeenten
 VWS: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
 VZ Aanbesteding: Verslavingszorg aanbesteding

W

Wfz: Wet forensische zorg

Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning

WVGGZ: Wet Verplichte GGZ

Z

ZN: Zorgverzekeraars Nederland

ZP PsyS: Zorgprogramma Psychotische Stoornissen

3

3RO: Reclassering Nederland (RN), Stichting

Verslavingsreclassering GGZ (SVG) en

Het Leger des Heils Jeugdzorg en Reclassering

(LdH JZ&R)

