

CONTINUÛTEIT VAN ZORG

WEGWIJZER
NAAR EEN VEILIGE
ZORGKETEN
VOOR PATIËNT
EN NAASTE,
ORGANISATIE EN
MAATSCHAPPIJ

Rapportage van het programma Continuïteit van zorg

Verschillende organisaties op het snijvlak van strafrecht en zorg werkten nauw samen in het programma Continuïteit van zorg. Zij werkten aan een passende en sluitende zorgketen voor patiënten na afloop van de strafrechtelijke titel en voor patiënten in civiel kader die gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag vertonen. De zoektocht naar een gezamenlijke werkwijze voor het verbeteren van de overgang van de forensische zorg naar de reguliere zorg is op 1 juli 2017 afgerond. Het resultaat is een heldere wegwijzer naar een veilige zorgketen voor patiënt en naaste, organisatie en maatschappij.



EINDRAPPORTAGE PROGRAMMA CONTINUÏTEIT VAN ZORG

PROGRAMMADUUR:
1 JANUARI 2016
TOT 1 JULI 2017

INHOUD

03	VOORWOORD
05	LEESWIJZER
07	CONTINUÏTEIT VAN ZORG, FASE 1
13	CONTINUÏTEIT VAN ZORG, FASE 2 EN ADVIES
26	OVERZICHT DOCUMENTEN

Dit is de eindrapportage van het programma Continuïteit van zorg. In het programma is gewerkt aan passende en aansluitende zorg voor patiënten met een strafrechtelijke titel na afloop van een periode in de forensische zorg en/of detentie door verbetering van de overgang van de forensische zorg naar de reguliere zorg.

Oprichters:

- Vereniging Nederlandse Gemeenten
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Ministerie van Veiligheid en Justitie
- Zorgverzekeraars Nederland
- GGZ Nederland

Programmteam:

- Sybren Bangma, voorzitter
- Natasja Esseboom, ondersteuning
- Marloes van Es, programmaleider
- Sophie Koek, programmaleider (tot 1-7-2016)
- Tessa Koster, programmaleider (vanaf 1-7-2016)

Meer informatie:

www.continuiteitvanzorg.nl

VOORWOORD

“VAN EEN MEER NAADLOZE AANSLUITING VAN DE FORENSISCHE ZORG NAAR DE SPECIALISTISCHE GGZ HADDEN WE NIET DURVEN DROMEN.”

Dit zijn niet mijn woorden, maar de woorden van Leon Feijen, behandelcoördinator bij Transfore. En het omschrijft precies dat, waar we de afgelopen maanden zo hard voor gewerkt hebben.

Voor u ligt de rapportage van het programmteam Continuïteit van zorg. Hiermee geven verschillende partijen na een intensief traject invulling aan de aanbeveling uit de eindrapportage ‘Geen titel, wel zorg’. Deze eindrapportage kwam voort uit de Taskforce Behandelduur tbs. We hebben een haalbare werkwijze geformuleerd voor een betere afstemming tussen het forensisch domein en het domein van de reguliere zorg met als doel de doorstroom van patiënten van forensische zorg (waaronder tbs) naar reguliere zorg te verbeteren. Zowel de zorg voor de patiënt als de veiligheid in de maatschappij hebben daar baat bij. In de afgelopen anderhalf jaar hebben

alle betrokken stakeholders uit de forensische en reguliere zorg intensief samen opgetrokken om invulling te geven aan de gedeelde verantwoordelijkheid voor deze patiëntengroep. De bereidheid om hierin samen op te trekken, over de eigen grenzen te kijken en de zorg voor de patiënt zo optimaal mogelijk vorm te geven binnen ons uitermate complexe zorgstelsel was voelbaar in alle bijeenkomsten. Partijen hebben elkaar in dit proces gevonden en zijn tot de conclusie gekomen dat de tijd rijp is voor een gezamenlijke aanpak van een veilige zorgketen voor patiënt en naaste, organisatie en maatschappij.

Ik wil alle partijen zeer hartelijk danken voor deze uiterst constructieve en daarnaast ook zeer prettige samenwerking de afgelopen maanden. Zonder ieders inzet en de inzet van het programmteam: Marloes van Es, Tessa Koster en Natasja Esseboom had dit programma nooit vormgegeven kunnen worden.

SYBREN BANGMA

Voorzitter programma Continuïteit van zorg

Teksten en realisatie: Trea ten Kate | www.tenkatecommunicatie.nl

Ontwerp en illustraties: José Boekema | www.joseboekema.nl

Drukwerk: Sonodruk | www.sonodruk.nl



“ALLEN VOOR ÉÉN”

“Ieder mens heeft behoefte aan toekomstperspectief. Ook cliënten die uit de forensische zorg uitstromen. Een veilige plek om te wonen, zinvolle dagbesteding, aandachtige zorg, een sociaal netwerk en ondersteuning door familie en naasten kan terugval voorkomen. In het programma Continuïteit van zorg werken verschillende partijen samen om de zorg en uitstroom van de cliënt zo optimaal mogelijk te laten verlopen. Het plan kan concreter, maar het is een begin. Wij, als cliënt en familie, zouden willen dat er voor iedere cliënt uit de forensische kliniek een plan op maat gemaakt wordt, waarbij triadisch werken de standaard is met als uitgangspunt: allen voor één.”

Marjo Markx

Medewerker adviesdienst en aandachtsfunctionaris forensische zorg, Ypsilon
Lid werkgroep Continuïteit van zorg

LEESWIJZER

WEGWIJZER NAAR EEN VEILIGE ZORGKETEN VOOR PATIËNT EN NAASTE, ORGANISATIE EN MAATSCHAPPIJ

Fase 1

Het programma Continuïteit van zorg is in twee fases uitgevoerd. In de eerste fase, van februari tot juli 2015, lag de focus op het vaststellen van het probleem op basis van onderzoeken en casuïstiek. De uitkomst van deze fase was de rapportage ‘Geen titel, wel zorg’ met als conclusie: een programmatische aanpak is noodzakelijk, om ervoor zorg te dragen dat adviezen daadwerkelijk worden geïmplementeerd door de betrokken partijen.

Vanaf pagina 07 wordt de eerste fase van het programma beschreven.

Fase 2 en advies

De conclusie uit de eerste fase van het programma Continuïteit van zorg vormde de basis voor de tweede fase van het programma, van januari 2016 tot juli 2017. Hierin stond de vraag centraal: hoe realiseren we gezamenlijk een veilige, sluitende en continue zorgketen voor patiënten na afloop van de strafrechtelijke titel? Dit resulteerde in een aantal adviezen.

Vanaf pagina 13 worden de tweede fase van het programma en de bijbehorende adviezen beschreven.

Documenten

Het resultaat van het programma Continuïteit van zorg is een aantal praktische documenten. Samen met de adviezen vormen deze documenten heldere handvatten om gezamenlijk een veilige, sluitende en continue zorgketen te realiseren voor patiënten, hun naasten en de samenleving, na afloop van hun strafrechtelijke titel.

Op pagina 26 staat een opsomming van deze documenten.

Overig

De rapportage is aangevuld met uitspraken van betrokkenen.

PROGRAMMA CONTINUÏTEIT VAN ZORG:

GEEN TITEL, WEL ZORG

FEBRUARI
- JULI 2015

FASE 1

Op 12 januari 2015 is de eindrapportage van de commissie Eenhoorn (Taskforce Behandelduur tbs) aan de Tweede Kamer gestuurd. Eén van de aanbevelingen was: een betere afstemming tussen het forensisch domein en het domein van de reguliere zorg met als doel de doorstroom van patiënten van forensische zorg (waaronder tbs) naar reguliere zorg te verbeteren. Deze aanbeveling vormde het startpunt voor het programma Continuïteit van zorg en is in opdracht van GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van Veiligheid en Justitie uitgewerkt in de eerste fase van het programma.

Betere zorg door continuïteit

Het was voor het eerst dat alle betrokken partijen om tafel zaten om gezamenlijk tot oplossingen te komen. Het belang van continuïteit van zorg voor deze kwetsbare groep patiënten wordt breed erkend. In ernstige gevallen kan een stagnerend behandelproces leiden tot terugval, achteruitgang in het ziektebeeld of strafrechtelijke recidive. Wanneer verschillende zorgvormen naadloos op elkaar aansluiten krijgt de patiënt de meest effectieve zorg die op elk moment in het behandeltraject nodig is en dit betekent: goede kwaliteit van zorg, een behandelduur die niet langer duurt dan noodzakelijk en

lagere kosten. Continuïteit van zorg voor patiënten die in aanraking zijn geweest met justitie heeft ook een preventieve werking en draagt bij aan het verminderen van maatschappelijke overlast.

Drempels

De inrichting van het huidige zorgstelsel werpt drempels op om een continu behandelproces tussen verschillende organisaties effectief vorm te geven. Belemmeringen doen zich voor bij de overgang van de zorg in het strafrechtelijke kader, naar zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

- Binnen de ggz, Verstandelijk Gehandicapten (VG) en Maatschappelijke Ondersteuning (MO) zijn verschillende financiers, die allemaal een deel van het zorgtraject voor een patiënt bekostigen. Zorgaanbieders maken met al deze financiers separate in- en verkoopafspraken, vaak voor de duur van een jaar.

- Financiers maken eigen beleidskeuzes en daaraan gekoppelde inkoopstrategieën en stellen eisen op het gebied van kwaliteit, beschikbaarheid en bekostiging. De kaders en afspraken tussen zorgsector en financier liggen lang niet altijd in elkaars verlengde waardoor een soepele overgang van een patiënt van het ene naar het andere zorgstelsel kan stagneren.

- De financiële en beleidsmatige schotten in het zorgstelsel staan ook tussen de overgang van strafrechtelijke forensische zorg naar reguliere behandeling, -vervolgzaam en -begeleiding. De strafrechtelijke forensische zorg is vaak een onderdeel van en een tijdelijke episode in een langdurig zorgtraject. Deze patiënten ontvangen regelmatig voor en/of na de strafrechtelijke titel zorg vanuit een ander kader zoals de Zvw, Wlz of de Wmo.

Doelgroep

Het belang van het goed organiseren van continuïteit van zorg

wordt steeds groter omdat de groep patiënten die zorg ontvangt uit de verschillende kaders groeit. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft in haar rapport 'Stoornis en Delict' aangegeven dat de ggz naar verwachting in de toekomst meer en andere patiënten krijgt: 'meer delictplegers, die in plaats van detentie verplichte ggz opgelegd krijgen en meer zorgwekkende zorgmijders met psychische stoornissen. Deze patiënten hebben veelal een langdurige zorgbehoefte en multiproblematiek' (RVZ, 2012). Ook een impactanalyse door GGZ Nederland over de effecten van beleidskeuzes en de te verwachten effecten van de nieuwe wetgeving op patiëntenstromen in de ggz laat zien dat in de volle breedte van de ggz een verschuiving plaatsvindt van gespecialiseerde naar generalistische zorg en van klinische zorg naar intensieve ambulante zorgvormen. Als gevolg hiervan ontstaat per type capaciteit een zwaardere doelgroep met complexere problematiek. Tot slot ontstaan voor behandelaars in de ggz door het Wetsvoorstel verplichte ggz (Wvggz) meer mogelijkheden om

mensen met ernstige psychische stoornissen die zorg mijden de noodzakelijke zorg te bieden (RVZ, 2012). De verwachting is dat ook door de invoering van de Wvggz een grotere toestroom van patiënten met ernstige psychische stoornissen en beperkingen naar de ggz ontstaat. Door deze voorspelde toegenomen verschuiving van patiëntenstromen door de (forensische) zorgketen heen, is het belangrijk deze keten zo optimaal mogelijk te organiseren waardoor continuïteit van zorg mogelijk is.

24.000 patiënten per jaar

De omvang van de doelgroep bestaat uit patiënten die na afloop van forensische zorg in het kader van een strafrechtelijke titel en/of detentie vervolgzorg nodig hebben. Op basis van de beschikbare informatie die door de werkgroep is verzameld, blijkt dat jaarlijks ruim 12.000 patiënten in- en uitstromen in de forensische zorg. Dit betreft stroomgegevens; per jaar weten we dat ongeveer 24.000 patiënten forensische zorg ontvangen. Een deel van deze patiënten krijgt zorg langer dan een jaar en een deel ontvangt meerdere keren zorg per jaar

forensische zorg; per jaar gaat het om ongeveer 10.000 unieke personen die te maken krijgen met forensische zorg. Uitgaande van 10.000 unieke patiënten per jaar vallen er iedere vijf jaar ongeveer 35.000 personen binnen de doelgroep voor continuïteit van zorg.

- **30%** van de patiënten binnen deze doelgroep ontvangt zorg met verblijf. Dit betreft zowel klinische voorzieningen, zoals een Penitentiair Psychiatrisch Centrum, Forensisch Psychiatrische Kliniek en een Forensisch Psychiatrische Afdeling en verblijf voor verstandelijk gehandicapten (VG) of voorzieningen zonder een behandelcomponent zoals beschermd wonen.

- **70%** van de patiënten ontvangt ambulante behandeling of begeleiding in hun thuissituatie of tijdens hun verblijf in detentie.

5 probleemgebieden

Om de knelpunten in de overgang tussen al die verschillende stelsels in kaart te brengen is gebruik gemaakt van casuïstiek. De enorme hoeveelheid casuïstiek die ketenpartners hebben aangeleverd, illustreert dat op diverse momenten en bij verschillende (stelsel) overgangen knelpunten ontstaan, die voortkomen uit regels, eisen, verschillen in werkwijze en cultuur ten aanzien van indicatiestelling, zorgtoewijzing, zorglevering, financiering, beschikbaarheid, et cetera. Deze casuïstiek is door de werkgroep geanalyseerd en geordend in vijf probleemgebieden:

1. ONZEKERHEID OVER DE FINANCIERING VAN DE ZORG;
2. BEST PASSENDE ZORG IS LASTIG TE REALISEREN;
3. PASSENDE ZORG IS NIET BESCHIKBAAR (WACHTLIJSTEN);
4. DISCONTINUÏTEIT IN VERVOLG ZORG NA DETENTIE;
5. ONDUIDELIJKHEID OVER HET STELSEL WAARONDER EEN PATIËNT VALT.



“OVER DE EIGEN SCHADUW HEEN STAPPEN”

“Als zorg en begeleiding na een forensische titel niet goed geregeld zijn, dan kan het resultaat van de behandeling snel teniet gedaan worden. Het programma Continuïteit van zorg dwong alle deelnemers om na te denken over de eigen rol en verantwoordelijkheid en met werkbare oplossingen te komen. In de projectperiode merkten we dat alle partijen belang, nut en noodzaak zien en zich verantwoordelijk voelen voor de oplossingen. Dat beschouw ik als winst. Als Dienst Justitiële Inrichtingen zijn wij bereid om over onze eigen schaduw heen te stappen. Bij een probleem in de financiering zullen we niet direct de luiken dichtgooien. Als iedereen vanuit die gedachte werkt, dan moet het lukken.”

Jelle Idenburg

Hoofd zorginkoop en beleid, Dienst Justitiële Inrichtingen
Deelnemer opdrachtgeversoverleg Continuïteit van zorg

Samenhang ervaren probleemgebieden en resultaten programma Continuïteit van zorg

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

> Deze tabel laat zien hoe tien aanbevelingen uit het eerste deel van het programma Continuïteit van zorg bijdragen aan de oplossing van de knelpunten. Als een aanbeveling bijdraagt aan het oplossen van meerdere knelpunten, is met sterren aangegeven aan welk knelpunt de aanbeveling het meeste bijdraagt.

Bij alle financiers is er sprake van verschuiving van zorg en financiële middelen door een toenemende beweging richting minder specialistische zorgcapaciteit, minder klinische zorg en een verdergaande ambulantisering. Hierdoor is de verwachting dat deze problematiek eerder toeneemt dan afneemt. Dit probleem wordt breed ervaren en de intentie van alle partijen is om tot werkbare oplossingen te komen. Bij eerder uitgebrachte adviezen rondom het thema continuïteit van zorg zijn beperkte resultaten behaald. Een voorbeeld hiervan zijn de aanbevelingen uit het RVZ-rapport 'Stoornis en delict' (2012). Daarin is een groot aantal aanbevelingen gedaan die enthousiast zijn ontvangen door het veld en de betrokken ministeries en waar een voortvarende start mee is gemaakt door de verschillende ketenpartners. De praktijk is echter weerbarstig en de aanbevelingen blijken in de huidige context van de verschillende zorgstelsels lastig uitvoerbaar. Tegelijkertijd wordt door regionale ketenpartners nog steeds gezocht naar en geëxperimenteerd met oplossingen om continuïteit van zorg zo goed mogelijk te realiseren. De hoeveelheid oplossingen die zijn aangedragen en geformuleerd in fase 1 door de werkgroep Continuïteit van zorg laat zien dat wel degelijk verbeteringen nodig en vooral ook mogelijk zijn.

» CONCLUSIE UIT DE RAPPORTAGE 'GEEN TITEL, WEL ZORG'

Een programmatische aanpak is noodzakelijk, om ervoor zorg te dragen dat adviezen daadwerkelijk worden geïmplementeerd door de betrokken partijen.

CONTINUÏTEIT VAN ZORG:

OP WEG NAAR EEN PROGRAMMATISCHE AANPAK

FASE 2 JANUARI 2016 - JULI 2017

FASE 2 EN ADVIES

Naar aanleiding van de rapportage 'Geen titel, wel zorg' en op basis van de aanbeveling dat een programmatische aanpak noodzakelijk is, startte begin 2016 de tweede fase van het programma Continuïteit van zorg. Kort samengevat lag in de eerste fase de focus op het vaststellen van de problemen en is in de tweede fase naar de oplossingen gezocht. In deze fase werd intensief samengewerkt aan best practices en afspraken om de overgang tussen zorgstelsels voor de patiënt soepel te laten verlopen. Het doel hierin is om met een programmatische aanpak passende en aansluitende zorg voor patiënten na afloop van de strafrechtelijke titel te organiseren, door verbetering van de overgang van de forensische zorg naar de reguliere zorg.

Opdrachtgevers:

- Ministerie van Veiligheid en Justitie
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
- Zorgverzekeraars Nederland
- GGZ Nederland
- Vereniging Nederlandse Gemeenten

De opdrachtgevers brachten alle belangrijke organisaties en spelers in de reguliere en de forensische zorg samen, zoals:

- Patiëntenorganisaties
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

- Federatie Opvang
- RIBW Alliantie
- NIFP
- Veiligheidshuizen
- Reclasseringsorganisaties

Doel

Van probleeminventarisatie naar oplossingsrichtingen: het programma Continuïteit van zorg heeft adviezen opgesteld over de manier waarop partijen in de dagelijkse praktijk met elkaar op een effectievere wijze een bijdrage kunnen leveren aan het organiseren van continuïteit van zorg.

Werkwijze

Er is gewerkt met een landelijke stuurgroep, waarin het bestuurlijk draagvlak werd gecreëerd en waar samen met de opdrachtgevers besluitvorming plaatsvond. In de stuurgroep werd op bestuurlijk niveau besproken hoe de resultaten geïmplementeerd kunnen worden in de regio en geagendeerd in landelijke gremia ten behoeve van beleid en regelgeving. Daarnaast was er een werkgroep (met mensen uit de praktijk), waarin de concept resultaten ter toetsing werden voorgelegd. Om het programma te sturen en te leiden is gewerkt met een programma-team. Dit team bestond uit twee programmaleiders, (secretariële) programma ondersteuning en een onafhankelijk voorzitter.

Het programma Continuïteit van zorg werkt met twee spotlightregio's: Rotterdam Rijnmond / Zuid-Holland Zuid en Oost-Nederland. De spotlightregio's zijn gesitueerd rond veiligheidshuizen in Oost-Nederland en Rotterdam. Tussenproducten van de werkgroep zijn ook aan andere regio's aangeboden. Dit bood deze regio's de mogelijkheid om feedback op de (dan nog concept) resultaten te leveren. De spotlightregio's draaiden mee in de landelijke werkgroep en de stuurgroep. Zowel in de spotlightregio's als in de landelijke werk- en stuurgroep was inbreng vanuit patiënt- en familieperspectief.

Spotlightregio's

In de spotlightregio's zijn verschillende initiatieven onderzocht en ontwikkeld. Er is een casusoverleg opgezet en er is een beleidsoverleg aan gekoppeld, zowel binnen als buiten de grenzen van de spotlightregio's. Er zijn individuele patiënttrajecten beschreven en er is gewerkt aan de harmonisatie van indicatiestelling door middel van het overnemen van de indicatie voor maximaal 90 dagen. De experimenten met het overnemen van de indicatiestelling lopen in beide spotlightregio's nog door tot januari 2018. Het improvisatiebudget voor probleemsituaties in de continuïteit van de individuele patiëntenzorg is door beide spotlightregio's gebruikt.

ADVIES

De ervaringen en werkwijze van de spotlightregio's vormen de basis om op landelijk niveau continuïteit van zorg te realiseren. Deze zijn verwerkt in de 'Handreiking voor professionals' en in het 'Overzicht bekostiging en regelgeving'. Wij adviseren het Schakelteam personen met verward gedrag om aan beide documenten met de ervaringen en werkwijze van de spotlightregio's bekendheid te geven in de 18 regio's in het land waarin wordt samengewerkt om te komen tot een sluitende aanpak voor personen met verward gedrag. De afspraken hierover worden gemaakt.

Samenwerking

In het afgelopen anderhalf jaar hebben alle betrokken partijen intensief samengewerkt. Nooit eerder zijn alle partijen uit strafrecht en zorg zo intensief samen opgetrokken om invulling te geven aan de gedeelde verantwoordelijkheid voor de doelgroep. De bereidheid om hierin samen op te trekken, over de eigen grenzen te kijken en de zorg voor de patiënt zo optimaal mogelijk vorm te geven binnen ons uitermate complexe zorgstelsel was voelbaar in alle bijeenkomsten. Partijen zochten elkaar op in werkgroepen en stuurgroep, stonden open voor de expertise in de verschillende domeinen, deelden hun kennis en stelden vast hoe de zorg geregeld is in de verschillende domeinen. Er is meer kennis en inzicht, onder meer door het 'Overzicht bekostiging en regelgeving', de onderzoeksrapportage 'Beletselen in de continuïteit van zorg voor personen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die geen juridische titel (meer) hebben' van het bureau Andersson Elffers Felix (AEF), de website van Continuïteit van zorg, lezingen en voordrachten op symposia en congressen. Dit alles draagt ertoe bij dat (medewerkers van) organisaties steeds meer denken in termen van 'mijn patiënt is jouw patiënt' en om gezamenlijk verantwoordelijkheid te dragen. In de praktijk blijkt vaak dat bij verschillende organisaties in verschillende domeinen dezelfde mensen al in beeld zijn.

ADVIES

Alle partijen investeren blijvend in een intensieve samenwerking, met als kernpunten:

1. Ken elkaar en elkaars regelgeving.
2. Zoek elkaar op en maak afspraken.
3. Houd samen zicht op de patiënt.
4. Werk aan voldoende voorzieningen voor langdurige levensloopoplossingen.

“EEN FLINKE GEREEDSCHAPSKIST”

“Als kwetsbare personen dankzij een goed georganiseerde zorgketen weer in een woonwijk kunnen wonen, wie constateert het dan als het weer minder goed gaat? Gemeenten zijn bereid om mee te kijken en woningcorporaties zijn bereid om snel iemand te sturen als er een huurachterstand dreigt, maar in de praktijk is het ingewikkeld. We willen geen overheid die achter de voordeur kijkt. Hoe organiseer je nabijheid enerzijds en voorkom je het binnendringen in iemands leefwereld anderzijds? De intentie is er en het rapport zie ik als een gereedschapskist, waar we mee aan de slag kunnen. Per regio moeten we kijken welk stuk gereedschap past, maar het moet nog wel zijn weg vinden in de praktijk.”

Bert Frings

Wethouder gemeente Nijmegen
Lid stuurgroep programma Continuïteit van zorg



Handreiking voor professionals

Er is een Handreiking voor professionals ontwikkeld door de werkgroep van het programma Continuïteit van zorg. Verantwoordelijkheden binnen de diverse stelsels zijn omschreven in de handreiking. De uitkomsten van de spotlightregio's zijn hierin verwerkt en mensen uit de verdiepingsregio's van het Schakelteam personen met verward gedrag hebben er aanvullingen op gegeven. De handreiking biedt inzicht en overzicht wat er geregeld moet worden als er behandeling of begeleiding nodig is in aansluiting op de periode van de strafrechtelijke titel. Met deze informatie in de hand, heeft de professional voldoende gereedschap om een op de patiënt gericht traject in te zetten en afspraken te kunnen maken met de patiënt, naasten en relevante ketenpartners. De Handreiking voor professionals is ook een routekaart op casusniveau.

ADVIES

Regio's in het land gebruiken de Handreiking voor professionals voor het opzetten van hun eigen regionale overleg en het creëren van een sluitende aanpak rondom patiënten met agressief/gevaarlijk gedrag of patiënten die vaker in de verschillende (zorg)stelsels terugkomen. Wij vragen het Schakelteam personen met verward gedrag en zorgbranches deze handreiking in hun netwerken en overleggen te verspreiden. Voor het Schakelteam kan deze handreiking ondersteunend zijn bij hun taak van implementatie van de sluitende aanpak in Nederland. Aan de regio's zelf is de opdracht om met samenwerkingspartners het overleg in de eigen regio te organiseren. De initiatiefnemer kan per regio verschillen. De organisatie kan bijvoorbeeld binnen het Veiligheidshuis of een andere bestaande overlegvorm in plaats vinden, waarbij alle genoemde partijen uit de regio zijn aangehaakt (zie blz. 9 van de Handreiking voor professionals). Dit regionale overleg richt zich onder andere op uitstromende patiënten uit de forensische zorg en detentie. De doelgroepomschrijving is terug te vinden in de Handreiking voor professionals (blz. 7).

In de Handreiking voor professionals wordt overleg op verschillende niveaus omschreven:

- **Operationeel/casusniveau:** in het casusoverleg wordt complexe casuïstiek besproken en opgelost. Onder deze oplossingen vallen bijvoorbeeld afspraken over verantwoordelijkheden, wie zorg verleent en hoe overdracht plaatsvindt.
- **Beleids- of tactisch overleg** voor afstemming op beleidsmatig niveau, waarbij wordt gedacht aan de afstemming over knelpunten en werkwijzen.
- **Overleg op strategisch niveau.** Hier kan de uiteindelijke escalatie plaatsvinden indien nodig.



“DE KRACHT VAN SAMEN OPTREKKEN”

“Iedereen doet zijn uiterste best om het beste en het juiste te doen met en voor de patiënten en naastbetrokkenen. De kracht van het samen optrekken is dat je samen méér weet, dat je samen verbindingen legt en oplossingen zoekt. Ook buiten je eigen organisatie en je eigen verantwoordelijkheden. Je vindt elkaar. Dat lijkt zo eenvoudig, maar in de waan van alle dag is dat niet altijd het eerste wat je bedenkt.”

Marloes van Es
 Programmaleider Continuïteit van zorg

In de Handreiking voor professionals staan de elementen beschreven die in de regionale overleggen terug moeten/kunnen komen, zoals:

- Een duidelijke overlegstructuur in de benoemde niveaus en vaste overlegmomenten.
- **Tijdigheid:** planning van de overleggen, rekening houden met de benodigde tijd die de volgende partij/partner nodig heeft om het vervolgtraject vorm te geven.
- Bij elk overleg een gemandateerde professional.
- Regelmatige afstemming tussen de inkopers in de regio.
- Een actueel overzicht per regio van de personen die tot de doelgroep horen. Voorbeeld: het 'trechtermodel' uit de Rotterdamse regio, zie pagina 20 in deze rapportage.
- Aandacht voor de rol van patiënten zelf en hun naasten.

Rapport: In- en uitstroomgegevens forensische zorg

Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ) voerde onderzoek uit in opdracht van Continuïteit van zorg naar cijfers over instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten uit de forensische zorg naar de reguliere zorg. Het resultaat is een 'Rapportage in- en uitstroomgegevens forensische zorg' met percentages en aantallen



“NOODZAKELIJKE BRUG”

“De uitkomsten van het programma Continuïteit van zorg geven meer duidelijkheid over de mogelijkheden om zorg te continueren als de straf erop zit. Het levert een bijdrage aan het creëren van de noodzakelijke brug tussen zorg en straf, zodat er integraal en zonder formalistische barrières gewerkt kan worden aan herstel van de betrokkene en daarmee aan een veilige samenleving. Wanneer iemand vanuit een strafrechtelijke titel zorg heeft ontvangen wordt deze zorg gecontinueerd waarbij niet de financiële belangen of de behandelmogelijkheden van een specifieke, regionale aanbieder bepalen of en op welke wijze iemand wordt behandeld, maar de zorgvraag van de betrokkene.”

Geert Steeghs
Officier van Justitie
Belangstellend volger van het programma Continuïteit van zorg



patiënten die vanuit de forensische zorg (nog met strafrechtelijke titel) doorstromen naar de reguliere zorg en regulier wonen na afloop van de strafrechtelijke titel. Zoals uit deze rapportage blijkt, levert een dergelijke inventarisatie onder zorgaanbieders veel problemen op en is daarmee van beperkte waarde. Het rapport heeft niet de pretentie in zich een volledige analyse te geven. Dit kon namelijk ook niet gezien de (lage) respons. Het rapport is verspreid aan de respondenten van het onderzoek en via de website van Continuïteit van zorg.

ADVIES

De meerwaarde van deze rapportage, ten opzichte van andere landelijke rapportages, is gelegen in de gegevens over de voorafgaande zorg en de aansluitende zorg. Zo kan de ‘Rapportage in- en uitstroomgegevens forensische zorg’ gebruikt worden als informatiebron voor voorafgaande en aansluitende zorg.

Rapport: Inventarisatie en advies structurele monitor forensische zorg

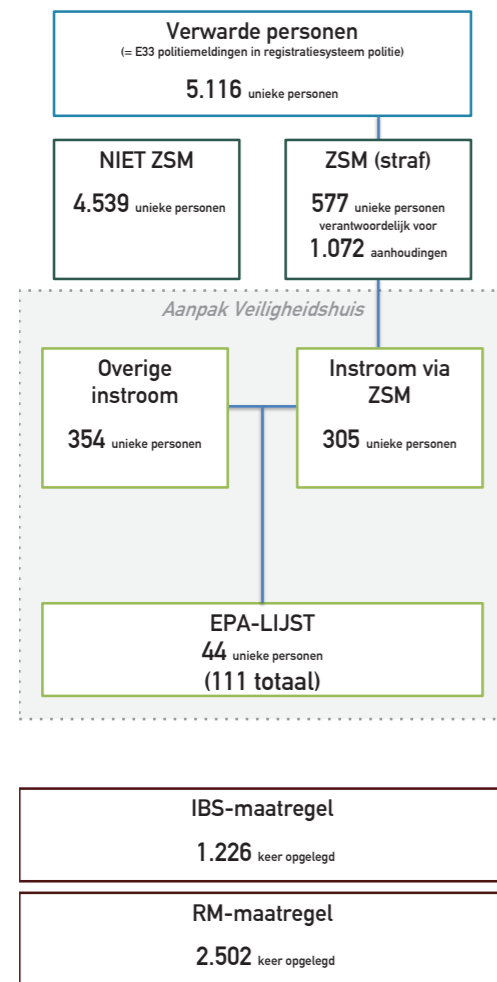
Gelet op de beperkte toepasbaarheid van de ‘Rapportage in- en uitstroomgegevens forensische zorg’ heeft IVZ in opdracht van het programma Continuïteit van zorg een verkenning uitgevoerd naar het realiseren van een structurele monitor forensische zorg. Dit rapport schetst drie scenario’s om tot een vorm van een structurele monitor te komen. Ieder scenario komt in meer of mindere mate tegemoet aan de

informatiebehoefte van de betrokken partijen. Inmiddels hebben de zorgbranches het rapport besproken en hun advies uitgebracht. De zorgbranches zijn niet bereid om mee te werken aan het opzetten en uitvoeren van een structurele monitor forensische zorg. Het belangrijkste argument is dat zij, c.q. de instellingen, vrezen voor een toename van de administratieve lasten om deze gegevens op te leveren en dat dit in het huidige tijdsgewricht niet past in het streven naar een vermindering van de administratieve

lastendruk. Zijdelings wordt ook nog het dilemma rond de privacy genoemd. Het programmteam moet constateren dat er geen draagvlak kan worden gevonden voor het inrichten van een structurele monitor forensische zorg. Het programmteam meent dat het verstandig is om de mening van de zorgbranches en instellingen te respecteren en niet verder te gaan op de weg van het inrichten van een structurele monitor forensische zorg.

ADVIES

Er is en blijft behoefte aan meer inzicht in de aantallen patiënten, zowel op gemeentelijk als op regionaal niveau. Het programmteam adviseert regio’s om de methodiek van het IVZ onderzoek naar de patiëntstromen (voorafgaande zorg en aansluitende zorg) te hanteren. Of met behulp van politieciijfers de methodiek van ‘de Rotterdamse trechter’ te hanteren om die patiëntstromen in beeld te brengen.



> Trechtermodel met relevante cijfers uit de twee veiligheidsregio's over 2016

Trechtermodel Rotterdam

Door het Veiligheidshuis Rotterdam-Rijnmond is een overleg opgericht waarbij verschillende partners uit het sociale-, civiele- en strafrechtelijke domein werken aan een persoonsgericht plan van aanpak voor de groep patiënten die (soms) dreigend of agressief gedrag vertonen. Om deze groep op de juiste plek in zorg te krijgen worden ze in beeld gebracht en gemonitord door het Veiligheidshuis, middels het zogenoemde trechtermodel.

Document: Bekostiging en regelgeving stelseloverstijgende zorg

Wet- en regelgeving rond de bekostiging van de forensische zorg, de ggz (Zvw/Wlz), de verstandelijk gehandicapten zorg (Wlz) en ondersteuning vanuit de gemeenten (Wmo) is complex. Dit document geeft een helder overzicht van voorzieningen, regelgeving over toegang (verwijzing, indicatiestelling en plaatsing) en bekostiging voor verschillende (forensische) zorgvormen. Hierdoor ontstaat (meer) bekendheid met de regelgeving rond bekostiging (rechtmatigheid) en worden patiënten beter toegeleid naar passende zorg die betaald wordt door de juiste financier. Dit document geeft zowel inzicht in forensische zorg met een strafrechtelijke titel, als in forensische zorg zonder strafrechtelijke titel voor personen die ouder zijn dan 18 jaar.

ADVIES

Aan het Schakelteam wordt gevraagd dit document te verspreiden onder veiligheidshuizen en gemeenten. Zorgbranches wordt gevraagd het document onder zorgaanbieders te verspreiden. Aan ForZo/JJI wordt gevraagd het document onder de Penitentiaire Inrichtingen te verspreiden. Aan de NZa wordt gevraagd om samen met de VNG het eigenaarschap van dit document op zich te nemen en met input van de opdrachtgevers zorg te dragen voor updates.

“CONTINUÏTEIT VAN ZORG GEEFT HOOP EN VERTROUWEN”

“Ik was op bezoek in de Forensisch Psychiatrische Kliniek van Transfore en ontmoette daar een jongeman. Hij vertelde dat hij blij was in de FPK, wat op zich al bijzonder is. Hij wist precies wat zijn traject was en waar hij naartoe werkte: van de Forensisch Psychiatrische Kliniek naar de Forensisch Psychiatrische Afdeling en daarna naar de specialistische ggz, waarbij Transfore als vangnet fungeert voor vragen en advies bij bijvoorbeeld escalaties. De behandeling begint met het doel en een uitgestippeld traject voor ogen. Dat geeft patiënten hoop en vertrouwen.”

Herma van der Wal
Raad van Bestuur Dimence Groep
Lid stuurgroep Continuïteit van zorg



Rapportage: Beletselen in de continuïteit van zorg voor personen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die geen juridische titel (meer) hebben

Bureau Andersson Elffers Felix (AEF) onderzocht onder andere de belemmeringen om continuïteit van zorg te bieden aan personen met agressief en/of gevaarlijk gedrag. De onderzoeksvraag voor bureau AEF was: 'Wat zijn de belangrijkste belemmeringen om adequate behandeling, begeleiding en/of (begeleid) wonen te bieden aan personen met agressief, ontwrichtend en gevaarlijk gedrag die geen strafrechtelijke titel (meer) hebben, en hoe kunnen deze belemmeringen effectief worden aangepakt?' AEF richtte zich niet op de brede groep verwarde personen maar beperkte zich tot de subgroep: personen met gevaarlijk gedrag die een strafrechtelijke titel of rechtelijke machtiging hebben (gehad).

Belemmeringen

Bureau AEF heeft via een uitgebreide documentenstudie en ruim 30 interviews met beleidsmakers, bestuurders en professionals vooral in de 2 spotlightregio's zo'n 30 belemmeringen verzameld. Deze zijn terug te vinden in hun eindrapport, waarin alle belemmeringen met de achterliggende oorzaken in beeld zijn gebracht. Wat opvalt is dat deze zich vaak voordoen op transitie momenten; als een persoon overgaat naar een andere instelling en/of een andere financieringsstroom. De belemmeringen zijn verspreid over verschillende transitie momenten in de keten, zowel bij de overgang van forensische zorg naar specialistische zorg, als bij de overgang van specialistische zorg naar de Wet maatschappelijke opvang of de Wet langdurige zorg.

Ontwikkelen veldnormen

In de rapportage adviseert onderzoeksbureau AEF om twee veldnormen te ontwikkelen: één voor beveiligde zorg in een niet-strafrechtelijk kader en één voor de levensloopfunctie. Deze veldnormen moeten tot stand komen op basis van een door zorgaanbieders opgestelde inhoudelijke ketenveldnorm die beschrijft hoe dit type zorg er in de keten uit moet komen te zien.

In de ontwikkeling van zogenaamde ketenveldnormen wordt uitgegaan van dezelfde definitie van de doelgroep als in de AEF-rapportage: 'Personen die als gevolg van een ernstige psychiatrische aandoening en/of chronisch middelengebruik en/of een (licht) verstandelijke beperking na hun strafrechtelijke titelperiode of rechterlijke machtiging overlastgevend, agressief, gevaarlijk en/of destructief gedrag vertonen. Er is vaak sprake van langdurige, terugkerende en moeilijk beheersbare problematiek' (p. 15 AEF, 2017). Deze patiëntengroep heeft, mede door de dominante gedragsproblematiek, behoefte aan forensische expertise en behandeling, ook na het aflopen van hun strafrechtelijke titel (p. 17 AEF, 2017).

In de rapportage wordt ten aanzien van de levensloopfunctie beschreven wat er na de klinische zorg ontbreekt om stabiliteit te creëren ter voorkoming van terugval: 'De zorg en begeleiding voor deze doelgroep is vaak ontoereikend zodra de strafrechtelijke en civielrechtelijke titels aflopen. Het beschikbare aanbod is te kortcyclisch, te eenzijdig en te beperkt gericht op risicobeperking. Er ontbreekt een functie die zowel kan signaleren als laagdrempelig zorg kan inschakelen. Daardoor zijn risico's te laat in beeld en kan onvoldoende zorg worden geboden als dat nodig is. Dat leidt voor deze doelgroep tot gevaarlijke situaties (p. 68 AEF, 2017)'. De ketenveldnorm over beveiligde zorg en de levensloopfunctie moet onder andere de volgende onderwerpen definiëren:

- Procesafspraken voor een warme overdracht en afspraken over op- en afschalen;

- inspanningsverplichting van verschillende partijen op de verschillende levensgebieden na uitstroom;
- uitzoeken aan hoeveel beveiligde bedden landelijk behoefte is.

Zie ook de beleidsreactie op het rapport van VWS en VenJ, kamerstuk 33628, nr. 18.

ADVIES

Alle betrokken partijen zijn overtuigd van de meerwaarde van een veldnorm voor beveiligde zorg en een veldnorm voor de levensloopfunctie. Zoals de ministeries van VWS en Veiligheid en Justitie ook in hun gezamenlijke beleidsreactie benoemen, zijn veldpartijen verantwoordelijk voor het tot stand komen van deze veldnormen. De ministeries hebben GGZ Nederland gevraagd – in samenwerking met de beroeps-groepen en de zorgverzekeraars – voor 1 april 2018 te komen met een veldnorm voor beveiligde zorg in een niet-strafrechtelijk kader en een veldnorm voor de levensloopfunctie. De beide ministeries zullen de totstandkoming van de veldnormen gezamenlijk financieren. Wij verwachten dat alle partijen actief aan de slag gaan om in gezamenlijkheid gehoor te geven aan de uitwerking van bovenstaande punten. Vervolgens kan met de veldnormen en de geïnventariseerde landelijke behoefte aan beveiligde plekken het gesprek worden aangegaan tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de (boven-)regionale afspraken te maken over de beveiligde plekken. De zorgverzekeraar heeft de verantwoordelijkheid, vanwege de zorgplicht, voldoende beveiligde bedden in te kopen.

Wanneer de veldnormen niet leiden tot het tot stand komen van de benodigde capaciteit op beveiligde plekken en de levensloopfunctie zal de NZa vanuit haar rol moeten ingrijpen, aangezien de markt op dit punt dan faalt.

In de stuurgroep is afgesproken dat het noodzakelijk is dat alle partijen – zorgaanbieders, verzekeraars, DJI en de NZa als toezichthouder – er, tot de veldnormen er zijn, alles aan doen om te zorgen dat deze patiëntenpopulatie de meest passende zorg en begeleiding krijgt. Dit kan invulling krijgen door op regionaal niveau in een casus- en beleidsoverleg afspraken te maken tussen de zorgaanbieder en financier (verzekeraar, DJI en gemeenten). Dat betekent: eerst in de regio afspraken maken over het in kaart brengen, in beeld houden en hanteerbaar maken van het probleem, oplossingen zoeken en verantwoordelijkheden beleggen. Lukt dit niet, dan opschalen vanuit de regio naar de opdrachtgevers van de vervolgspraken van Continuïteit van zorg (te weten GGZ Nederland, ministerie VWS en VenJ, Zorgverzekeraars Nederland en Vereniging Nederlandse Gemeenten) en parallel hieraan belemmeringen en knelpunten melden bij de NZa.

**BELEMNERINGEN DOEN ZICH VAAK
VOOR OP TRANSITIEMOMENTEN**

Wonen

Voor het wonen wordt in het rapport van AEF door de onderzoekers aangegeven dat er problemen bestaan bij de beschikbaarheid van voldoende beschermende woonvormen, begeleid wonen en zelfstandige wooneenheden. Dit belemmert de doorstroming van patiënten en is een belangrijke hindernis voor het realiseren van continuïteit van zorg voor de doelgroep. De afgelopen jaren is geweest op deze problematiek. RIBW alliantie, Federatie Opvang, GGZ Nederland en VGN hebben meermalen gepleit voor meer woningen voor zelfstandig wonen.

“ER IS OOK EEN PLAN B”

“Het AEF rapport voor hoogbeveiligde zorg is voor ons een steun in de rug. We mogen experimenteren met indicatiestelling zodat patiënten steeds de zorg krijgen die nodig is, onafhankelijk van het financieringsstelsel waar hij op dat moment toevallig onder valt. In de Veiligheidshuizen werken we met een persoonsgerichte aanpak. We maken een plan van aanpak met alle partners waarin sluitende zorg centraal staat. Als iemand in een penitentiaire inrichting zit, bedenken we al wat hij nodig heeft als hij vrij komt. We bedenken vooraf ook wat er mis kan gaan en hoe we daar dan mee omgaan. We bedenken een plan van aanpak, maar er is ook een plan B.”

Francine Loos

Procesregisseur Veiligheidshuis Rotterdam Rijnmond, Lid van de werkgroep en de stuurgroep vanuit de spotlightregio

Het gebrek aan woningen belemmert de ambulantisering en belemmert de doorstroom. Intramurale bedden worden bezet door mensen die beter op een andere plaats kunnen zitten. Ook is deze problematiek onderkend en beschreven in de rapportage van de Commissie Dannenberg: ‘Van beschermd wonen naar een beschermd thuis’. Ook deze commissie geeft aan dat er meer woningen moeten komen voor de verschillende doelgroepen die nu nog zijn aangewezen op klinische voorzieningen of beschermd wonen. De Commissie Dannenberg roept de gemeenten op om hun verantwoordelijkheid daarin te nemen en ook de VNG ondersteunt dit in hun reactie op dit rapport. Gemeenten wijzen er echter terecht op dat zij een complexe opdracht hebben. Niet alleen vraagt onze doelgroep om meer woningen, maar dat geldt ook voor andere doelgroepen, zoals ouderen die langer thuis blijven wonen en (verstandelijk) gehandicapten en daarnaast merken de gemeenten dat het draagvlak in de samenleving afneemt. De beweging van het onttrekken van sociale huurwoningen (volkshuisvestingsbeleid) enerzijds en het toenemen van de (zorg)vraag aan de andere kant naar deze woningen geeft spanning en doorstroomproblemen. Desondanks is de stuurgroep van Continuïteit van zorg van mening dat het toch een taak van de gemeenten is om te zorgen voor voldoende betaalbare woningen. Het mag echter niet alleen het probleem van de gemeenten zijn. Zij zullen daarbij ondersteund moeten worden door de zorgaanbieders, bijvoorbeeld door het bieden van

voldoende begeleiding en behandeling (levensloopfunctie) om escalaties te voorkomen. Ook moet er vanuit het beoogde casus- en beleidsoverleg binnen het Veiligheidshuis sprake zijn van goede relaties en goede samenwerking met de gemeentelijke diensten en woningbouwcoöperaties. Alleen zo kan het probleem hanteerbaar worden gemaakt. Op dit terrein zijn goede voorbeelden te zien, maar zonder uitbreiding van het aantal beschikbare en betaalbare woningen is dit een lastig te realiseren opdracht.

ADVIES

De gemeenten hebben de verantwoordelijkheid om voldoende beschermd wonen plekken in te kopen en moeten er naar streven om voldoende andere betaalbare woningen beschikbaar te hebben. Het mag echter niet alleen het probleem van de gemeenten zijn. Ze zullen daarbij ondersteund moeten worden door de zorgaanbieders die er mede toe bij kunnen dragen dat escalaties worden voorkomen, bijvoorbeeld door het bieden van voldoende begeleiding en behandeling (levensloopfunctie).

Indicatiestelling (deelproject)

Om de overgang tussen de stelsels beter te laten verlopen en de indicatiestelling hierin geen barrière te laten vormen, wordt geoefend met het overnemen van de indicatie uit het voorgaande stelsel voor maximaal 90 dagen. Daarnaast wordt er in de spotlightregio's geoefend met het spreken van elkaars 'indicatietaal' en wil men leren uitgaan van de gemeenschappelijkheid in de indicaties. Vanuit die hoedanigheid wordt in de twee spotlightregio's geëxperimenteerd met het gezamenlijk vaststellen van de indicatiestelling op casusniveau en voor de meer beleidsmatige aspecten binnen de regio. In dit project wordt een aantal vragen onderzocht:

- Hoe kan gedurende maximaal de eerste 90 dagen van overname van de zorg tussen ketenpartners de verwijzing / indicatie op casusniveau overgenomen worden?
- Welk gedachtegoed uit het rapport 'Rake Vlakken' kan in de praktijk van de spotlightregio's worden getoetst? Dit rapport over de harmonisatie van de indicatiestelling is in juli 2016 opgeleverd.

ADVIES

GGZ Nederland zet dit deelproject voort tot januari 2018 en zal de monitoring en bestuurlijke borging hiervan inbrengen in de overleggen tussen de vijf partijen over de vervolgfafspraken.

VERVOLGAFSPRAKEN

Het programma Continuïteit van zorg loopt tot 1 juli 2017. Met het aflopen van de landelijke programmaperiode hebben opdrachtgevers en stuurgroepleden uitgesproken het nuttig en noodzakelijk te vinden om de komende drie jaar, drie maal per jaar de kennis en aandacht op de stelseloverstijgende continuïteit van de zorg in aansluiting op de periode van een strafrechtelijke titel bijeen te brengen. Het secretariaat zal de voortgang borgen en monitoren en rouleert tussen de opdrachtgevers. De vervolgfafspraken zijn voorgelegd aan de stuurgroep van het programma Continuïteit van zorg en worden door de directies van de vijf opdrachtgevers van het huidige programma Continuïteit van zorg ondertekend.

DOCUMENTEN CVZ

Tijdens het programma Continuïteit van zorg zijn diverse documenten en rapportages tot stand gekomen. Hieronder noemen wij de belangrijkste. Deze en andere documenten zijn gepubliceerd op www.continuiteitvanzorg.nl/publicaties

1. Handreiking Continuïteit van zorg

Deze Handreiking voor professionals is een handelingskader voor de professional, waarbij de patiënt centraal staat. Het is een overzichtelijke routekaart voor patiëntenzorg en samenwerking, aanvuld met escalatiemodellen. Het biedt ondersteuning voor de afstemming in de regio en de afspraken voor samenwerking.

2. Bekostiging en regelgeving van aansluitende zorg voor patiënten na de strafrechtelijke titelperiode

Een helder overzicht van voorzieningen, regelgeving over toegang (verwijzing, indicatiestelling en plaatsing) en bekostiging voor verschillende (forensische) zorgvormen.

3. Rapportage in- en uitstroomgegevens forensische zorg

Cijfers en percentages over in-, door- en uitstroom van patiënten in de forensische zorg.

4. Inventarisatie en advies structurele monitor forensische zorg

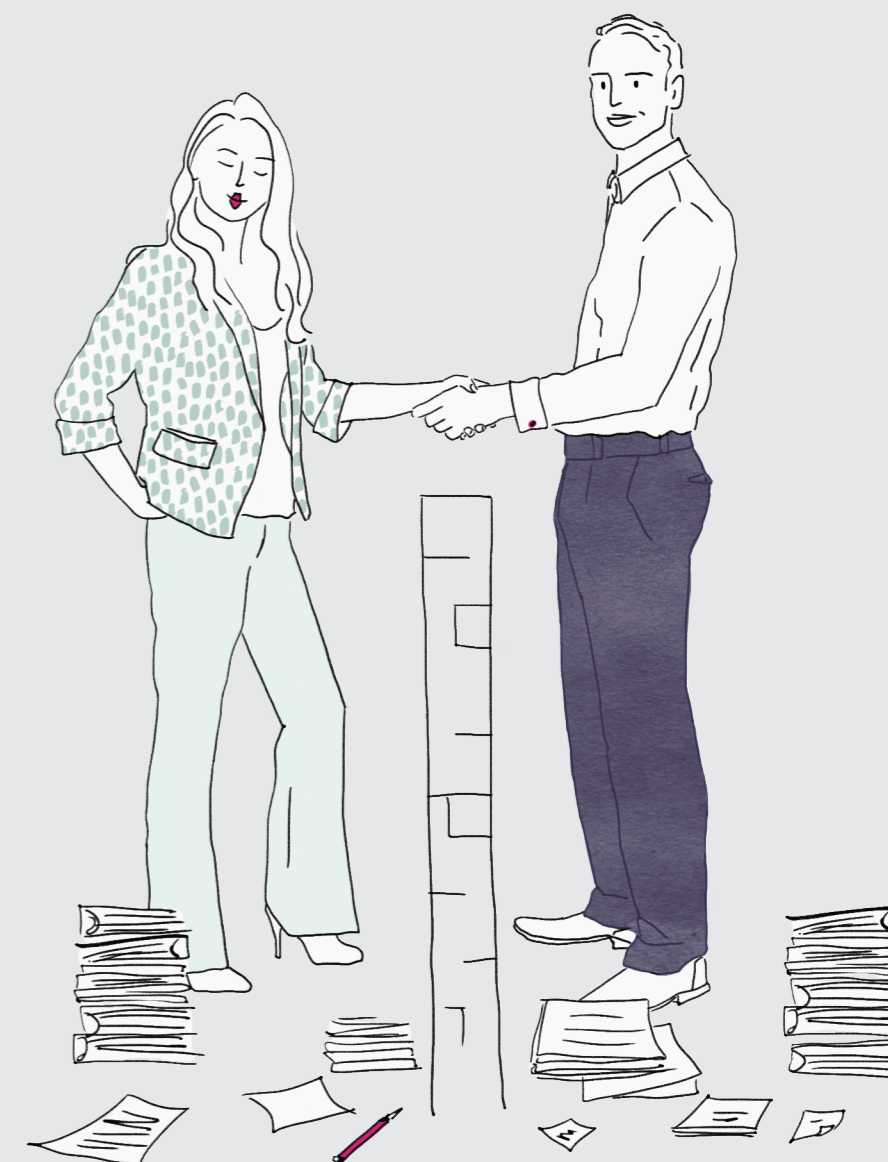
Advies over een structurele data-verzameling over de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten na hun strafrechtelijke titel.

5. Rapportage: Beletselen in de continuïteit van zorg voor personen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die geen juridische titel (meer) hebben

De onderzoeksvraag voor bureau AEF was: 'Wat zijn de belangrijkste belemmeringen om adequate behandeling, begeleiding en/of (begeleid) wonen te bieden aan personen met agressief, ontwrichtend en gevaarlijk gedrag die geen strafrechtelijke titel (meer) hebben, en hoe kunnen deze belemmeringen effectief worden aangepakt?'

“JOUW PATIËNT IS MIJN PATIËNT”

“Het afgelopen jaar hebben partijen intensief samengewerkt aan het verbeteren van continuïteit van zorg. Nu is het de opdracht aan al deze partijen om hun verantwoordelijkheid te pakken, de producten te implementeren en de aanbevelingen uit te voeren. Ik hoop dat de partijen ook de komende jaren voorbij hun eigen stelsels en kaders kijken en gaan werken vanuit het gemeenschappelijke maatschappelijke doel: het bieden van passende zorg voor patiënten die tussen de verschillende stelsels bewegen of op meerdere momenten in hun leven een zorgbehoefte of zorgvraag hebben. Oftewel: jouw patiënt is mijn patiënt!”



Tessa Koster
Programmaleider Continuïteit van Zorg



SAMEN WERKEN AAN EEN VEILIGE ZORGKETEN

Nooit eerder zijn alle betrokken partijen bij patiënten die overgaan tussen de verschillende stelsels (forensisch en regulier) zo intensief samen opgetrokken. Zij gaven invulling aan de gedeelde verantwoordelijkheid, waren bereid om over de eigen grenzen te kijken en de zorg voor de patiënt zo optimaal mogelijk vorm te geven met één doel voor ogen: een veilige zorgketen voor patiënt en naaste, organisatie en maatschappij.

In het programma Continuïteit van zorg werkten samen:
Zorgaanbieders in de ggz – gehandicaptenzorg – verslavingszorg – aanbieders van beschermde woonvoorzieningen – Exodus – Ypsilon – Mind – GGZ Nederland – Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland – gemeenten en de Vereniging Nederlandse Gemeenten – Penitentiaire Inrichtingen – Zorgverzekeraars – Divisie Forzo/JJI – Veiligheidshuizen – Ministerie van Veiligheid en Justitie – Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport – Reclasseringsorganisaties – Federatie Opvang – RIBW alliantie.