

Vergaderjaar 2016–2017

**33 628**

**Forensische zorg**

**25 424**

**Geestelijke gezondheidszorg**

**Nr. 18**

## **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARISSEN VAN VEILIGHEID EN JUSTITIE EN VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 mei 2017

Sinds 1 januari 2016 loopt het Programma Continuïteit van Zorg dat gericht is op het verbeteren van de aansluiting tussen zorg verleend in een strafrechtelijk kader en zorg verleend in de reguliere ggz of verstandelijk gehandicaptenzorg. Het programma heeft vijf opdrachtgevers: de Ministeries van Veiligheid en Justitie (VenJ) en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), GGZ Nederland, de VNG en Zorgverzekeraars Nederland, en loopt nog tot 1 juli 2017. In het kader van het programma vinden diverse activiteiten plaats. Onder meer is door onderzoeksbureau AEF een onderzoek uitgevoerd naar de beletselen om passende zorg te bieden aan mensen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die geen strafrechtelijke titel (meer) hebben. Hierbij bieden wij u het door de betrokken partijen gedragen onderzoeksrapport aan<sup>1</sup>. In deze brief geven wij allereerst de belangrijkste conclusies van het rapport weer. Daarna geven wij aan hoe met de aanbevelingen uit dit onderzoek wordt omgegaan.

### **Uitkomsten onderzoek**

Het onderzoek heeft betrekking op personen die als gevolg van een ernstige psychische aandoening en/of chronisch middelengebruik en/of een (licht) verstandelijke beperking (LVB) na hun strafrechtelijke of civiele titelperiode zorg nodig hebben en overlastgevend, agressief, gevaarlijk en/of destructief gedrag vertonen. Vaak is sprake van langdurige, terugkerende en moeilijk beheersbare problematiek. Deze doelgroep vraagt volgens het onderzoek onder andere om een forensische benadering, ook als dat in civielrechtelijk kader is. Binnen de forensische zorg is meer kennis en ervaring met betrekking tot risicomanagement, omgang met deze categorie ernstige psychiatrische aandoeningen, omgang met gedragsproblematiek en is meer aandacht voor co-morbiditeit, zoals LVB en verslaving.

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

Uit het onderzoek komt naar voren dat met name aan drie voorwaarden moet worden voldaan om deze doelgroep een passend zorgaanbod te kunnen bieden:

1. Er moet voldoende toegang zijn tot «beveiligde» zorg voor mensen zonder strafrechtelijke titel. De term «beveiligde zorg» verwijst daarbij niet alleen naar fysieke beveiliging maar ook naar forensische expertise en een behandelintensiteit die ruimte biedt om in te spelen op de behoefte van de doelgroep, zoals het bieden van structuur en gedragsinterventies.
2. Er moet een adequate levensloopfunctie voor deze doelgroep worden ingericht. Ook als er geen titel of maatregel loopt en toezicht van de reclassering niet aan de orde is, moet een vorm worden gevonden waarin zicht blijft op de risico's in het gedrag van deze doelgroep en waarin tijdig en adequaat zorg geboden kan worden.
3. Er moet sprake zijn van een goede doorstroom naar woonvoorzieningen en ambulante zorg.

Op dit moment wordt volgens het onderzoeksrapport nog onvoldoende aan deze voorwaarden voldaan. Dit leidt ertoe dat betrokkenen geregeld niet de benodigde zorg krijgen en de samenleving onnodig aan risico's wordt blootgesteld.

### **1. Toegang tot beveiligde zorg**

In het rapport wordt geconstateerd dat het onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) niet aantrekkelijk is voor zorgverzekeraars/zorgkantoren en voor zorgaanbieders om te investeren in capaciteit voor beveiligde zorg voor mensen zonder strafrechtelijke titel. Zorgverzekeraars en zorgkantoren maken afspraken over de gemiddelde prijs (dbc of zzp) en de maximale omzet van een aanbieder. In dit «vierkant» moet deze doelgroep patiënten zonder strafrechtelijke titel concurreren met andere groepen patiënten die een beroep doen op de plaatsen waar intensieve zorg wordt geboden. In de praktijk blijkt het hierdoor voor aanbieders niet mogelijk of aantrekkelijk om voor deze doelgroep capaciteit vrij te maken. Voor veel zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn deze patiënten een te incidenteel voorkomende doelgroep waardoor er geen specifiek beleid ontstaat. In de inkoopgesprekken komt het onderwerp niet op tafel.

In het onderzoek wordt op hoofdlijnen het volgende aanbevolen om de toegang tot beveiligde zorg te verbeteren:

- Organiseer een gespecialiseerde inkoper voor de niet strafrechtelijke beveiligde zorg.
- Zorg voor dekkende regionale afspraken voor opschaling en terugplaatsing.
- Zorg voor regionale sluitende ketens waarin afspraken zijn gemaakt over de beschikbare beveiligde capaciteit, plaatsingsprocedures en terugnamegarantie.
- Zorg voor een plaatsingscoördinator vanuit de regio die plaatsing kan afdwingen als dat nodig is.
- Maak meer ruimte voor langdurige zorg voor deze doelgroep.

Geconcludeerd wordt dat een veldnorm voor de samenwerking tussen beveiligde voorzieningen, reguliere ggz voorzieningen en aanbieders van verstandelijk gehandicaptenzorg eraan kan bijdragen om bovenstaande in de praktijk te brengen.

## **2. Levensloofunctie**

Het onderzoek constateert dat zorg en begeleiding voor deze doelgroep vaak ontoereikend is zodra de strafrechtelijke en civielrechtelijke titels aflopen. Het beschikbare aanbod is te kortcyclisch, te eenzijdig en te beperkt gericht op risicobeperking. Een levensloofunctie ontbreekt 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.

Op dit punt wordt op hoofdlijnen het volgende voorgesteld:

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

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

In het onderzoek wordt geconstateerd dat de doorstroom van deze doelgroep naar woonvoorzieningen moeizaam verloopt. Volgens de onderzoekers valt een sterke stijging te zien van het aantal plekken in forensisch Beschermd Wonen, maar bestaat geen duidelijkheid over het gevolg hiervan op de doorstroom naar voorzieningen zonder strafrechtelijk kader.

Op dit punt worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Heb aandacht voor deze specifieke doelgroep in de doorontwikkeling van het rapport van de commissie Dannenberg (commissie die in 2015 op verzoek van de VNG een advies heeft uitgebracht over de toekomst van het beschermd wonen).
- Vergroot de beschikbaarheid van woonvoorzieningen en ambulante zorg en inkomenshulp voor de doorstroom vanuit klinische zorg en functies voor Beschermd Wonen.
- Breng de doorstroom na forensisch Beschermd Wonen goed in beeld. Het is voornamelijk niet duidelijk wat de effecten zijn van de grotere omvang van het forensisch Beschermd Wonen.
- Stimuleer instellingen voor Beschermd Wonen en ambulante voorzieningen om afspraken te maken met ketenpartners over mogelijkheden om op te schalen.

## **Beleidsreactie**

Wij zijn onderzoeksbureau AEF erkentelijk voor de inzichtelijke wijze waarop in kaart is gebracht wat de bestaande beletselen zijn om passende zorg te bieden voor deze zorgintensieve groep patiënten. Hoewel er geen exacte cijfers bekend zijn over de omvang van de groep van patiënten, zijn vanwege de maatschappelijke impact van hun gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag maatregelen nodig. Juist bij deze groep patiënten is het belang extra groot om zorg te bieden die toegesneden is op hun gecompliceerde problematiek, en die deze problematiek ook zo effectief mogelijk aanpakt. Daarnaast is cruciaal dat ook op momenten waarop geen sprake (meer) is van een strafrechtelijke of civiele titel, zicht blijft bestaan op hun functioneren zodat bij (dreiging van) terugval snel kan worden ingegrepen. Niet alleen de geestelijke gezondheid van betrokkenen zelf is hier immers in het geding, maar (vanwege de kans op het

ontstaan van gevaarlijk en agressief gedrag) ook de veiligheid van anderen. Met name de problematiek rondom het gebrek aan toegang tot beveiligde zorg en het ontbreken van een adequate levensloopfunctie moet snel aangepakt worden.

In het rapport zijn eerdergenoemde aanbevelingen uitgewerkt in concrete acties voor verschillende partijen die in het programma Continuïteit van zorg participeren of bij dit programma betrokken zijn, te weten de Ministeries van VenJ en VWS, Zorgverzekeraars Nederland, de VNG, GGZ Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Federatie Opvang, de RIBW Alliantie en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het rapport, inclusief de daarin opgenomen aanbevelingen en actiepunten, is in de stuurgroep van het programma Continuïteit van zorg vastgesteld door alle deelnemende partijen. In het programma is het afgelopen jaar al gewerkt aan het oplossen van een aantal van de genoemde beletselen, onder andere door het opstellen van een handreiking voor professionals dat een handelingskader biedt bij het maken van afspraken met ketenpartners en een helder overzicht van de bekostiging en regelgeving bij aansluitende zorg voor patiënten na de strafrechtelijke titelperiode. Ook dragen de wetsvoorstellen Forensische zorg, Verplichte GGZ en Zorg en dwang en het traject Dannenberg, waarover hieronder meer, bij aan het oplossen van genoemde knelpunten.

Partijen zullen de implementatie van de aanbevelingen ter hand nemen, en wij zullen dit proces in de komende periode actief monitoren. Met de Autoriteit Consument en Markt zal zo nodig in overleg worden getreden om de mogelijkheden te verkennen ten aanzien van de regionale inkoop door een gemandateerde verzekeraar.

Alle betrokken partijen zijn overtuigd van de meerwaarde van een veldnorm beveiligde zorg. Veldpartijen zijn verantwoordelijk voor het tot stand komen van veldnormen. Gezien het belang om te komen tot een veldnorm vragen wij GGZ Nederland om – in samenwerking met de beroepsgroepen en de zorgverzekeraars – voor 1 april 2018 een veldnorm uit te werken voor beveiligde zorg in een niet-strafrechtelijk kader en voor de levensloopfunctie. De Ministeries van VWS en van VenJ zullen de totstandkoming van deze veldnorm gezamenlijk financieren.

De veldnorm zal onder meer moeten ingaan op:

- de voorwaarden voor het leveren van beveiligde zorg (wat moet minimaal in een afdeling /team aanwezig zijn om kwalitatief goede beveiligde zorg te kunnen bieden, waarbij de veiligheid van zowel patiënt als personeel geborgd is);
- minimale omvang van dergelijke afdelingen/teams/voorzieningen;
- de zorginhoudelijke noodzaak om een patiënt over te plaatsen naar beveiligde zorg vanuit het civiel kader;
- afspraken over op- en afschalen;
- opnamecriteria voor zorgaanbieders voor deze doelgroep;
- een model voor de verdeling en (warme) overdracht van de verantwoordelijkheid voor de patiënt tijdens en na de behandeling. Hierbij moet de mogelijkheid zijn voor langdurig contact met de patiënt door een behandelaar;
- benoemen van de inspanningsverplichting om te realiseren wat nodig is op de verschillende levensgebieden na uitstroom. Met de partijen die actief zijn op die verschillende levensgebieden moet ook contact worden gelegd. Wat moet er bij de uitstroom geregeld zijn: uitkering, woonvoorziening, vangnet/contactpersoon, ambulante contact, etc.;
- uit te zoeken aan hoeveel beveiligde bedden landelijk behoefte is.

Aan de hand van de veldnorm en de geïnventariseerde landelijke behoefte aan beveiligde plekken kunnen zorgaanbieders, al dan niet (boven-)regionaal, in gesprek gaan met zorgverzekeraars over de wijze waarop zij hun zorgplicht invullen. Het is namelijk de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars dat er voldoende beveiligde zorg wordt ingekocht om tot een adequate uitvoering van de veldnorm te komen. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor voldoende aanbod. Daarbij is belangrijk dat ook voldoende afstemming plaatsvindt tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) omdat DJI namens het Ministerie van VenJ als inkoper optreedt van beveiligde zorg die in een strafrechtelijk kader wordt geboden. Partijen zullen samen afspraken moeten maken om vraag en aanbod op elkaar te laten aansluiten en te zorgen voor continuïteit tussen de (beveiligde) zorg die wordt verleend in een strafrechtelijk kader en de zorg die in een civiel kader wordt verleend. Hier zal de veldnorm in ondersteunen. Wanneer de benodigde capaciteit zo niet voldoende tot stand komt, verwachten wij van de NZa dat zij ingrijpt. Deze veldnorm zal naast de beveiligde zorg zoals aangegeven ook ingaan op de levensloofunctie. Zoals de onderzoekers constateren is de zorg en de beveiliging voor deze doelgroep vaak ontoereikend na afloop van de (strafrechtelijke en civiele) titels. Met behulp van het inrichten van de levensloofunctie kan een mogelijke terugval tijdig gesignaleerd worden en kan zorg of begeleiding worden ingeschakeld. De veldnorm gaat hierdoor ook in op de verantwoordelijkheid na de behandeling en de voorwaarden of kaders die geregeld dienen te worden bij de uitstroom van de patiënt. Zodra de veldnorm gereed is, zullen we deze ook aan uw Kamer doen toekomen.

Voor de korte termijn, in afwachting van de veldnorm, is het noodzakelijk dat alle partijen (zorgaanbieders, verzekeraars, DJI en de NZa als toezichthouder) er alles aan doen om te voorkomen dat gevaarlijke patiënten op straat terecht komen en voor maatschappelijke onrust zorgen. We hebben partijen opgeroepen hieraan hun bijdrage te leveren. Het eindrapport van het programma Continuïteit van zorg bevat afspraken hierover.

Daarnaast werken gemeenten in het traject «Toekomstvisie beschermd wonen en maatschappelijke opvang» aan een plan per regio over hoe zij de ondersteuning aan de cliënten die op deze voorzieningen zijn aangewezen vorm gaan geven. Een integrale aanpak op alle probleemgebieden van de cliënt is daarbij het uitgangspunt. De doorstroom uit beschermd wonen maakt deel uit van die integrale aanpak evenals het garanderen van langdurige begeleiding met flexibele intensiteit. De gemeenten zullen deze plannen onder andere afstemmen met woningcorporaties en zorgverzekeraars. Naar verwachting dragen deze inspanningen ook bij aan het aanpakken van de in het AEF rapport genoemde problematiek.

Wij zijn van mening dat met bovengenoemde initiatieven belangrijke stappen worden gezet om de beletselen voor het bieden van passende zorg aan deze zware en complexe doelgroep patiënten weg te nemen.

De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,  
K.H.D.M. Dijkhoff

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn