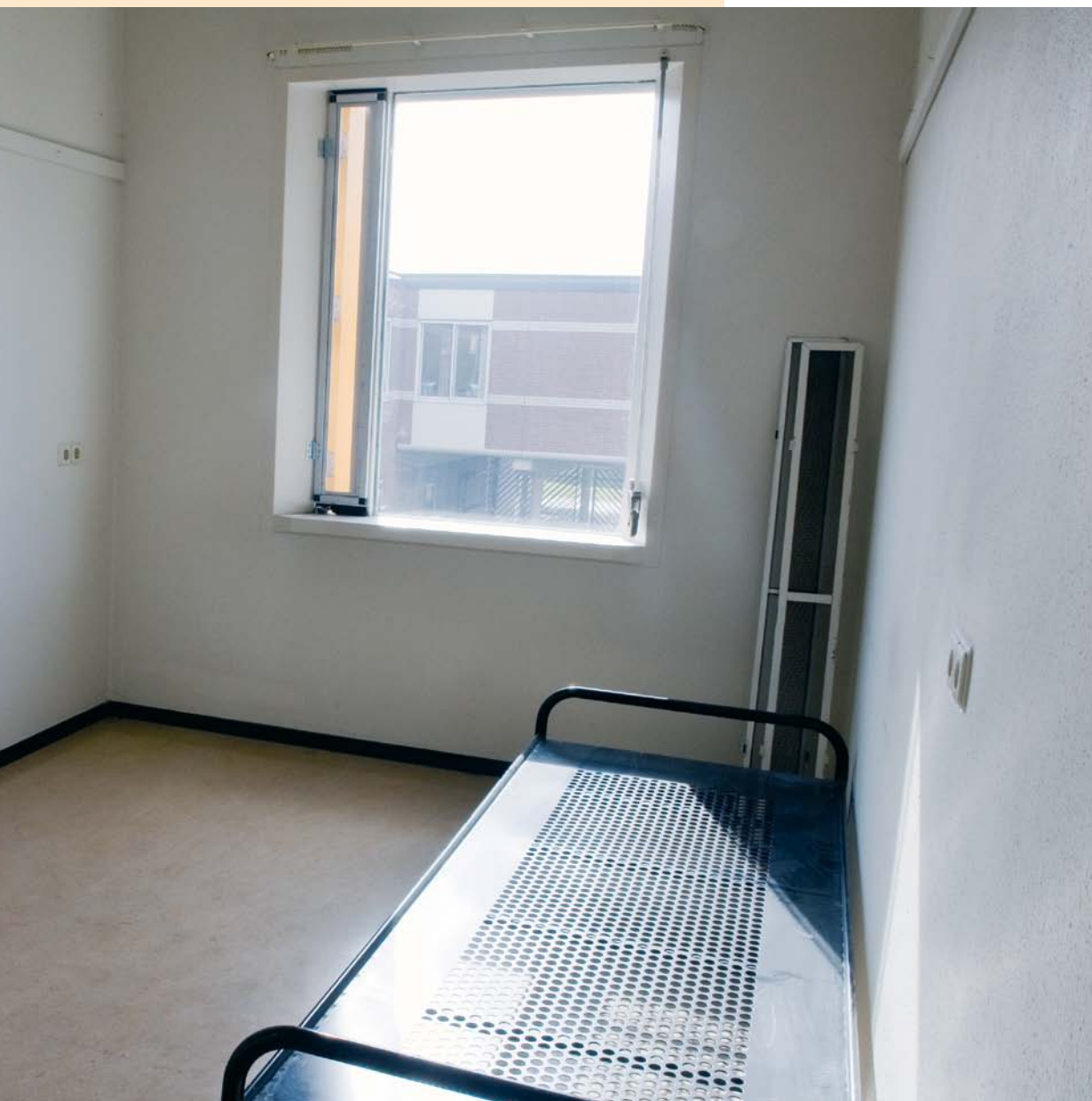


Het forensische Zorgstelsel

Achtergrondstudie



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



Adviseur in gezondheid en Zorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en het parlement. Hij zet zich in voor een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische beleidsadviezen uit. Die schrijft de Raad vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter

Prof. drs. M.H. Meijerink

Leden

Mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat

Mw. E.R. Carter, MBA

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

Algemeen secretaris

Drs. P. Vos

Het forensische zorgstelsel

Beschrijving van het besturingsmodel
in de forensische zorg

Georget Bouman

Brechtje Riphagen

Wouter Jongebreur

Rob Veeke

S I G N I F I C A N T

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij
het advies Stoornis en delict

Den Haag, 2012

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 340 50 60
Fax 070 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: Broese en Peereboom
Druk: Broese en Peereboom
Uitgave: 2012
ISBN: 978-90-5732-240-2

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of per mail bij de RVZ (mail@rvz.net) onder vermelding van publicatienummer 12/04.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

1.	Het stelsel van forensische zorg	7
1.1	Inhoud en achtergrond van dit rapport	7
1.2	De onderzoeksvragen	7
1.3	Aanpak	8
1.4	Leeswijzer	9
2.	Achtergrond van het forensische zorgstelsel en de Wet forensische zorg	10
2.1	Wat verstaan wij onder forensische zorg?	10
2.2	Waarom een apart forensisch zorgstelsel?	10
2.3	Vernieuwing van het forensische zorgstelsel als opmaat naar de Wet forensische zorg	11
2.4	Wet forensische zorg is juridische basis voor de huidige praktijk	11
2.5	Verdere doorontwikkeling en professionalisering in het forensische stelsel	12
2.6	Doelstellingen van de Wet forensische zorg	12
2.7	De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg	13
2.8	Doelstellingen van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg	13
2.9	Verbinding en verschil tussen de WFZ en de WvGGZ	14
3.	Regulering van de forensische zorg: sturing op recidivevermindering en veiligheid	16
3.1	De ministeriële verantwoordelijkheid voor de forensische zorg	16
3.2	Verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden: forensische zorg is een centraal gereguleerd systeem	17
3.3	Financiering van de forensische zorg	18
3.4	Handhaving en toezicht	19
3.4.1	Toezicht op het functioneren van de zorgmarkt	19
3.4.2	Toezicht op de zorg	19
3.4.3	Toezicht op de tenuitvoerlegging van maatregelen	19
3.4.4	Het belang van toezicht is groot voor beide ministers	20
4.	Uitvoering van de forensische zorg	22
4.1	Toegang tot de forensische zorg & Indicatiestelling	22
4.1.1	Vonnis en titels	22
4.1.2	Indicatiestelling in de forensische zorg	22
4.1.3	Verschillen in organisatie van de indicatiestelling	23
4.1.4	Verschillen in de aard van de indicatiestelling	24
4.2	Zorginkoop	25
4.2.1	Marktkenmerken	25
4.2.2	Zorginkoopbeleid en sturing op recidivevermindering	25
4.2.3	Sturing op voldoende beschikbare capaciteit	25

4.3	Plaatsing als kenmerkend onderscheid tussen reguliere en forensische zorg	27
4.4	Bekostiging van de zorg	28
4.5	Prestatie-indicatoren en kwaliteit	29
4.6	Informatievoorziening	30
4.7	Verlening van forensische zorg door de zorgaanbieders	31
4.7.1	Forensisch zorgstelsel en reguliere zorgstelsel komen samen bij de zorgaanbieders	31
4.7.2	Integrale zorgketen noodzakelijk voor continuïteit van zorg	32
4.7.3	Om een sluitende zorgketen te organiseren, is samenwerking tussen ketenpartners vereist	33
4.7.4	Financiering van de zorg vindt plaats op basis van verschillende financieringsstromen	34
5.	De rol van de klant	35
5.1	Het forensische zorgproces vanuit het perspectief van de cliënt	35
5.2	Rechtspositie en belangenbehartiging	36
6.	Samenvatting en conclusies	38
6.1	Het besturingsmodel in de forensische zorg: een centraal gereguleerd stelsel	38
6.2	Sturingsinstrumenten en werking	39
6.2.1	Beide systemen bevatten veel juridische sturingsinstrumenten	39
6.2.2	Financiële sturingsinstrumenten worden in de reguliere zorg vaker toegepast	39
6.2.3	Vraagsturing en de verantwoordelijkheid van het individu in de reguliere GGZ	39
6.2.4	Organisatie taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden: In het reguliere zorgstelsel is meer ruimte voor deregulering	40
6.2.5	Communicatieve sturingsinstrumenten	40
6.2.6	Primaat in besturing verschilt	40
6.3	De doelstellingen in de WFZ en WvGGZ	41
6.3.1	De (potentiële) doelstellingen van de WFZ zijn deels bereikt	41
6.3.2	De doelstellingen van de WvGGZ	442
6.4	De effecten en risico's van de besturingsmodellen op de doelstellingen van de WFZ en de WvGGZ	42
6.4.1	Doorontwikkeling van het forensische zorgstelsel door de WFZ	42
6.4.2	Verschillen in dynamiek en stelsellogica bemoeilijken aansluiting tussen forensische en reguliere zorg	43
6.4.3	De (wijze van) financiering wordt door zorgaanbieders als groot probleem ervaren	43
6.4.4	Combinatie van economische en politieke ontwikkelingen kan leiden tot hogere instroom forensische doelgroep	43
6.4.5	Succesvolle WvGGZ kan leiden tot lagere vraag forensische zorg	44

6.5	Maatregelen om risico's te voorkomen	44
6.5.1	Ondernemerschap van zorgaanbieders en organiseren van netwerken om de integrale zorgketen te organiseren	44
6.5.2	Ook de doelstellingen van de WvGGZ vragen om centrale regie op beschikbaarheid en continuïteit van zorg	44
6.5.3	Regie en randvoorwaarden ministerie VenJ en VWS op de raakvlakken van de stelsels is noodzakelijk	45
6.5.4	Overweeg de GGZ zorg voor de forensische populatie buiten het stelsel van de gereguleerde marktwerking te organiseren	45
A.	Literatuur	46
B.	Interviews en werkbezoeken	47
C.	Toelichting op het gebruikte analysemodel	48
C.1	Beleid	49
C.2	Bestuurd systeem	49
C.3	Input	49
C.4	Output/outcome	49
C.5	Besturing	50
D.	De forensische zorgketen	51
	Overzicht publicaties RVZ	54

1. Het stelsel van forensische zorg

1.1 Inhoud en achtergrond van dit rapport

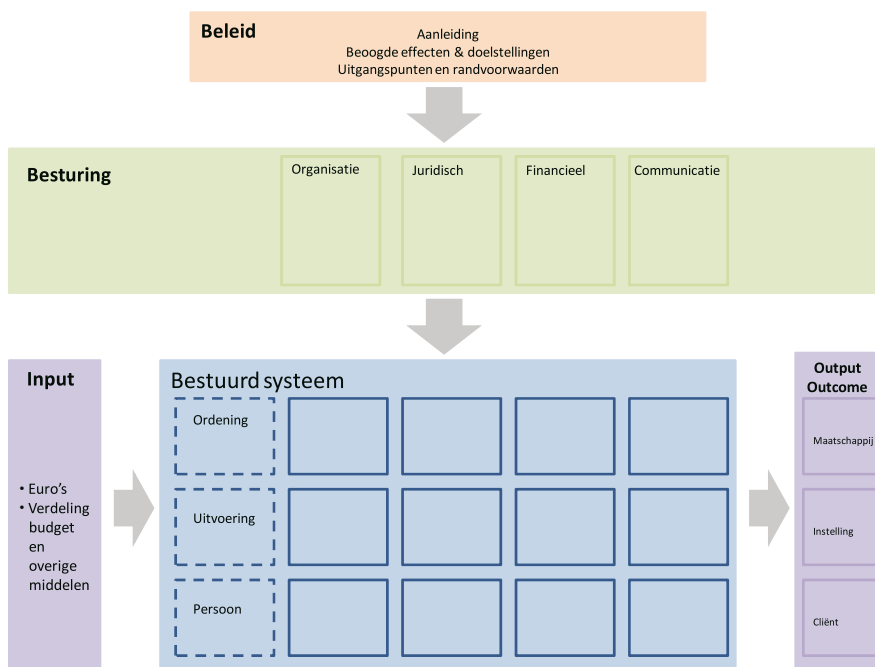
- 01 Dit rapport is geschreven naar aanleiding van de vraag van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) een achtergrondstudie uit te voeren die ingaat op de wijze waarop de forensische zorg is georganiseerd in termen van besturing en de verschillen daarin ten opzichte van de organisatie van de reguliere GGZ. Daarnaast heeft zij gevraagd vast te stellen welke effecten de wetten Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (WvGGZ) en de Wet forensische zorg (WFZ) hebben op de GGZ-sector met daarin aanbieders van forensische en reguliere (psychiatrische en -verslavings)zorg voor de doelgroep(en) die het betreft.
- 02 Dat betekent dat wij ingaan op de belangrijkste te bereiken doelstellingen van de twee nieuwe wetten, de werking van het forensische zorgstelsel, de verschillen van het stelsel van forensische zorg ten opzichte van de reguliere zorg en de effecten van de twee nieuwe wetten voor de forensische en de reguliere GGZ.
- 03 In deze achtergrondstudie concentreren wij ons op de belangrijkste verschillen in de besturing tussen de forensische zorg en de reguliere GGZ. Wij benadrukken de verschillen die relevant zijn met het oog op de invoering van de nieuwe wetten. Aan deze achtergrondstudie ligt derhalve geen detailstudie ten grondslag. De onderzoeksvragen richten zich niet op kwantitatief onderzoek. Hiervoor verwijzen wij naar andere achtergrondstudies die de RVZ heeft laten uitvoeren ten behoeve van het uit te brengen advies aan de minister.

1.2 De onderzoeksvragen

- 04 In dit rapport gaan wij in op de volgende vragen:
1. Hoe ziet het besturingsmodel in de forensische zorg eruit en wat zijn de belangrijkste verschillen met het besturingsmodel in de (verplichte en reguliere) GGZ?
 2. Welke sturingsinstrumenten worden ingezet en hoe werken deze?
 3. Welke doelstellingen worden nagestreefd in de WFZ en de WvGGZ (onder andere: recht op zorg, continuïteit van zorg, et cetera)?
 4. Welke effecten hebben de verschillen tussen de besturingsmodellen op de beoogde invoering en doelstellingen van de WvGGZ en de WFZ?
 5. Wat zijn de risico's van de invoering van de wetten in termen van bijvoorbeeld de aanzuigende werking en afwentelingsmechanismen?
 6. Welke aanvullende maatregelen en/of oplossingen in de besturingsmodellen kunnen worden genomen om de risico's te voorkomen?

1.3 Aanpak

- 05 Ten behoeve van deze achtergrondstudie hebben wij een documentenstudie uitgevoerd. De bestudeerde documenten zijn opgenomen in bijlage A. In aanvulling hierop hebben wij een aantal interviews gehouden met betrokken organisaties, waaronder een aantal zorgaanbieders. De respondenten zijn opgenomen in bijlage B. Deze onderzoeksactiviteiten hebben wij aangevuld met onze kennis van en ervaring met de forensische zorg die wij opgedaan vanaf 2006 in een groot aantal projecten.
- 06 In onze aanpak hebben wij een analysemodel opgesteld om de besturing van het forensische zorgstelsel te beschrijven en te vergelijken met de reguliere GGZ. Dit analysemodel is specifiek opgesteld voor dit doel, aangezien er in de literatuur, voor zover wij hebben kunnen nagaan, geen analysemodellen bestaan voor het beschrijven van de besturing in een (publiek/privaat) stelsel. Het model heeft op de achtergrond een rol gespeeld bij het opstellen van de rapportage en wordt nader toegelicht in bijlage C.



Figuur 1: Analysemodel besturing van een publiek/privaat stelsel

1.4 Leeswijzer

- 07 Hoofdstuk 2 gaat in op de forensische zorg, de ontwikkelingen daarbinnen en de doelstellingen van de Wet forensische zorg en de Wet verplichte GGZ. Hoofdstuk 3 legt uit hoe op macroniveau de regulering van het forensische zorgstelsel plaatsvindt (besturing, input en ordening). Hoofdstuk 4 beschrijft hoe de uitvoering van de forensische zorg door betrokken organisaties is georganiseerd. Hoofdstuk 5 gaat in op de rol van de cliënt in het forensische zorgstelsel. Hoofdstuk 6 brengt vervolgens de resultaten van de hoofdstukken 2 tot en met 5 bij elkaar en gaat in op de verwachte effecten en de risico's van de WFZ en de WvGGZ in het forensische zorgstelsel.

2. Achtergrond van het forensische zorgstelsel en de Wet forensische zorg

2.1 Wat verstaan wij onder forensische zorg?

- 08 Forensische zorg wordt in de WFZ omschreven als “zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten AWBZ, die wordt verleend in verband met een psychische stoornis, verslaving of geestelijke beperking, is aan te merken als een interventie, bestaande uit een vorm van verzorging, bejegening, behandeling, waaronder mede begrepen opname, begeleiding waaronder mede begrepen verblijf of beveiliging en, al dan niet als een voorwaarde, onderdeel uitmaakt van een straf, een maatregel, of van de tenuitvoerlegging van een straf of maatregel bedoeld in Titel VIII A van het Wetboek van Strafrecht”.
- 09 Het omvat dus alle geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijke gehandicaptenzorg die wordt gegeven aan volwassenen in het kader van een strafrechtelijke titel of maatregel. Het is zorg in een strafrechtelijk kader.
- 10 In feite betekent dit een nieuwe definitie van forensische zorg ten opzichte van de situatie vóór invoering van het nieuwe stelsel voor forensische zorg. Destijds was de zorg niet strikt verbonden aan een strafrechtelijke titel of maatregel, maar stond het voor een bepaalde zorgexpertise, namelijk de zorgverlening aan een doelgroep van personen, die geregeld in aanraking kwam met het ministerie van Veiligheid & Justitie (verder: ministerie van VenJ). Er was dus niet altijd sprake van een strafrechtelijk kader.

2.2 Waarom een apart forensisch zorgstelsel?

- 11 Al sinds het begin van de 21e eeuw worden er door de toenmalige bewindslieden van de ministeries van VWS en Justitie en uitvoerende partijen problemen ervaren rond het leveren van forensische zorg. Er werd schaarste geconstateerd in (de tbs en) de forensische zorg waardoor personen die eigenlijk een GGZ-behandeling nodig hadden in een penitentiaire inrichting (PI) of huis van bewaring (HvB) wachtten op het beschikbaar komen van deze plek. Bij voorwaardelijke sancties was het voor de reclasseringsorganisaties moeilijk om cliënten (op de juiste plaats) in zorg te krijgen. Ook ondervonden partijen overgangsproblemen tussen justitie en zorg. Belangrijkste oorzaken daarvan waren voornoemde schaarste en de culturele verschillen tussen de reguliere GGZ en het forensische systeem. Het vrijwillige karakter van de GGZ botste met de uitoefening van dwang om zich te laten behandelen.
- 12 Deze problemen leidden tot de spanning tussen de formele verantwoordelijkheid van de minister van VenJ voor een tijdige tenuitvoerlegging van vonnissen en de feitelijke mogelijkheden daartoe. De minister was immers wel verantwoordelijk voor bijvoorbeeld de tenuitvoerlegging van een maatregel waarvan forensische zorg een onderdeel was, maar de minister kon niet instaan voor de tijdige beschikbaarheid van de zorg en beschikte ook niet over de mogelijkheden om deze beschikbaarheid te organiseren (*Advies Interdepartementale*

werkgroep Besturing en financiering van zorg in een justitieel kader). VWS en VenJ slaagden er niet in hierover effectieve afspraken te maken.

- 13 Daarnaast leidde het probleem van onvoldoende beschikbaarheid van tijdige, passende, kwalitatief hoogwaardige forensische zorg ertoe dat geen invulling kon worden gegeven aan een adequate op de persoon toegesneden aanpak. Deze is nodig om te komen tot verdergaande recidivevermindering. Dit was de belangrijkste doelstelling van de toenmalige minister van Justitie binnen de kabinetten Balkenende I t/m IV en is ook nu een van de belangrijkste doelstellingen.
- 14 Naar aanleiding van deze problemen en de motie Van de Beeten van 6 juli 2004, waarin de regering werd verzocht om in haar beleid in 2005 te voorzien in samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen, wordt besloten een interdepartementale werkgroep in te stellen. Deze werkgroep wordt gevraagd de behoefte aan forensische zorg in kaart te brengen, scenario's uit te werken voor de besturing en financiering en voorstellen te doen voor verbetering van de doorstroom naar vervolgvoorzieningen. De werkgroep, die verder ging onder de naam 'Commissie Houtman', gaf in 2005 haar advies over het besturingssysteem van de forensische zorg. De Commissie adviseerde om tot een apart budget te komen voor zorg in een strafrechtelijk kader. Dit budget kan door de minister van VenJ worden gebruikt om de forensische zorg in te kopen die nodig is om de ministeriële verantwoordelijkheid waar te kunnen maken.

2.3 Vernieuwing van het forensische zorgstelsel als opmaat naar de Wet forensische zorg

- 15 Hierop startte in 2006 het ministerie van VenJ met het programma Vernieuwing Forensische Zorg (VFZ). Het doel van het programma VFZ was dan ook om te komen tot een voldoende aanbod van forensische zorg, en het oplossen van de 'verkeerde-bedden-problematiek'. Daarnaast wilde men komen tot een betere aansluiting met de reguliere GGZ en verbetering van de kwaliteit van zorg en veiligheid voor de maatschappij. Kortom, voldoende en effectieve forensische zorg met als uiteindelijk doel het verminderen van recidive en het verbeteren van de veiligheid.
- 16 In het programma VFZ is een groot aantal vernieuwingen ingevoerd in het forensische zorgstelsel. Zo zijn de middelen voor de forensische zorg van de begroting van de minister van VWS overgeheveld naar het ministerie van VenJ. Het ministerie van VenJ nam zelf de verantwoordelijkheid op zich voor de inkoop, de indicatiestelling, de bekostiging en de plaatsing (in het kader) van de forensische zorg. Hiermee is een apart stelsel gecreëerd voor de forensische zorg in de nieuwe definitie (zorg in strafrechtelijk kader).

2.4 Wet forensische zorg is juridische basis voor de huidige praktijk

- 17 De WFZ is het sluitstuk van de hierboven beschreven stelselherziening en legt de juridische basis voor regels voor de inkoop en financiering, de aanspraak op forensische zorg, indicatie-

stelling, de plaatsingen, en enkele andere onderwerpen die met de besturing en de zorgcontinuïteit samenhangen. Het wetsvoorstel is op 4 juni 2010 ingediend bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Beoogde datum van inwerkingtreding is 1 januari 2013. Op dit moment wordt binnen het stelsel van forensische zorg gewerkt op basis van een interim-besluit forensische zorg dat onder de AWBZ is opgehangen. De beoogde wet Forensische Zorg vervangt het interim-besluit.

2.5 Verdere doorontwikkeling en professionalisering in het forensische stelsel

- 18 Binnen het huidige forensische zorgstelsel geven alle partijen dus sinds 2007 uitvoering aan hun verantwoordelijkheden in lijn met de WFZ. Hierdoor werkt de WFZ al zoals deze bedoeld is, voordat de WFZ formeel van kracht wordt. Dat wil echter niet zeggen dat hiermee de doelstellingen van de WFZ en een ideale eindsituatie volledig zijn bereikt. De implementatie van de WFZ is feitelijk in volle gang en zowel het ministerie van VenJ, indicatiestellers, inkoopende partijen en zorgaanbieders zitten middenin een proces van verdere professionalisering en optimalisatie van de uitvoering van hun taken en verantwoordelijkheden.

2.6 Doelstellingen van de Wet forensische zorg

- 19 In de Memorie van Toelichting (Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 398, nr. 3) worden de volgende beoogde doelstellingen en effecten van de WFZ genoemd:
1. De patiënt op de juiste plek;
 2. Het creëren van voldoende forensische zorgcapaciteit;
 3. Kwalitatief goede zorg gericht op de veiligheid van de samenleving;
 4. Goede aansluiting tussen de forensische en de curatieve zorg.

De patiënt op de juiste plek

- 20 De patiënt moet op de juiste plek komen door het stellen van een juiste indicatiestelling, adequate zorgtoeleiding en snelle plaatsing. Dit alles ondersteund door een adequaat informatiesysteem.

Het creëren van voldoende forensische zorgcapaciteit

- 21 Het ministerie van VenJ investeert al een aantal jaren in uitbreiding van de capaciteit voor forensische zorg. Daarnaast heeft het ministerie ervoor gekozen om zelf de verantwoordelijkheid te nemen voor het inkopen van forensische zorg om op die manier een voldoende en gedifferentieerd zorgaanbod te creëren.

Kwalitatief goede zorg gericht op de veiligheid van de samenleving

Kwalitatief hoogwaardige forensische zorg moet een bijdrage bieden aan het terugdringen van de recidive. Door het zelf inkopen van zorg kan gestuurd worden op de kwaliteit van

zorg door afspraken te maken in het contract en verantwoording te laten afleggen over prestatie-indicatoren

Goede aansluiting tussen de forensische en reguliere GGZ zorg

- 22 In veel gevallen blijkt na afloop van de forensische titel nog zorgbehoefte te bestaan en is overdracht naar de reguliere GGZ essentieel. In de wet is getracht de aansluiting zo goed mogelijk te laten verlopen door:
1. Criteria en terminologie uit beide stelsels zo veel mogelijk complementair te laten zijn (WFZ en WvGGZ);
 2. De inkooprelatie tussen het ministerie en de GGZ-aanbieders maakt het mogelijk contractuele afspraken te maken over de overdracht en/of zorgcontinuïteit van personen waarvoor na het aflopen van de forensische titel aansluitend nog steeds zorg nodig is;
 3. In de financieringssysteem van de forensische zorg wordt aangesloten bij de DBC-systeem van de reguliere GGZ in de vorm van Diagnose Behandel- en Beveiligingscombinaties (DBBC's);
 4. Verbinding te leggen tussen de twee wetten door de officier van justitie een cruciale rol te geven in de keuze voor een strafrechtelijke titel en/of een verplichte zorgmachtiging.

2.7 De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg

- 23 Het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg (WvGGZ) bevat regels voor de bijzondere situaties waarin het noodzakelijk is om verplichte geestelijke gezondheidszorg te geven. Verplichte zorg kan alleen worden verleend nadat de rechter een zorgmachtiging heeft afgegeven.

2.8 Doelstellingen van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg

- 24 In de Memorie van Toelichting (Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 399, nr. 3) worden de volgende beoogde doelstellingen en effecten van de WvGGZ genoemd:
1. Een goede rechtspositie van personen met een psychische stoornis aan wie tegen hun wil zorg wordt verleend;
 2. Dwang zoveel als mogelijk voorkomen en de duur van dwang beperken;
 3. Verhogen van de kwaliteit van de verplichte zorg;
 4. Een integrale benadering van zorg op maat;
 5. Betere rolverdeling tussen de verschillende actoren betrokken bij verplichte zorg;
 6. Intensivering van toezicht op toepassing van de verplichte zorg.

Een goede rechtspositie van personen met een psychische stoornis aan wie tegen hun wil zorg wordt verleend

- 25 Een zorgvuldige voorbereiding, om te komen tot de beslissing tot verplichte zorg waarbij betrokkene, familie, zorgaanbieder worden gehoord, moet leiden tot een betere rechtspositie van de betrokkene.

Dwang zoveel als mogelijk voorkomen en de duur van dwang beperken

- 26 Dwang dient zoveel mogelijk beperkt te worden door alle mogelijke vrijwillige opties af te wegen en een eventuele gedwongen interventie zo kort en ‘licht’ mogelijk te houden (er is voorkeur voor lichtere interventies boven ingrijpendere vormen van zorg of een crisismaatregel). In de WvGGZ is het mogelijk om zowel ambulante en klinische zorgvormen op te leggen.

Verhogen van de kwaliteit van de verplichte zorg

- 27 De kwaliteit van de zorg wordt verhoogd door de procedurele eisen die de nieuwe wet stelt (zorgvuldige afweging) en het verlenen van de zorg op basis van een richtlijn.

Een integrale benadering van zorg op maat

- 28 Het wetsvoorstel introduceert het beginsel van wederkerigheid en een zorgmachtiging op maat. Dat betekent dat de zorgmachtiging niet alleen de opname of behandeling van een zorgaanbieder betreft, maar tevens bepaalt welke andere vormen van verplichte zorg gelegitimeerd zijn om voor deze persoon de randvoorwaarden te creëren om weer succesvol aan het maatschappelijk leven deel te nemen.

Betere rolverdeling tussen de verschillende actoren betrokken bij verplichte zorg

- 29 Een betere rolverdeling komt tot stand door een scheiding aan te brengen tussen degene die het formele verzoek doet voor verplichte zorg en de behandelaar. Ook krijgen familie en naasten een sterkere rol omdat hun inbreng nadrukkelijk wordt meegenomen.

Intensivering van toezicht op toepassing van de verplichte zorg.

- 30 Ten slotte vindt intensivering van toezicht plaats door het introduceren van handhavingsmogelijkheden, registratie en meldingsverplichtingen en de mogelijkheid boetes en dwangsommen op te leggen bij het niet-nakomen van regels.

2.9 Verbinding en verschil tussen de WFZ en de WvGGZ

- 31 Zowel de WFZ als de WvGGZ bevat regels en randvoorwaarden voor het verlenen van niet-vrijwillige zorg. Beide wetsvoorstellen hanteren daarbij als belangrijk uitgangspunt dat bij vergelijkbare problematiek vergelijkbare zorg moet worden opgelegd, ongeacht de titel of juridische vormgeving. Daarnaast wordt in beide wetsvoorstellen het belang onderkend van continuïteit van zorg en de preventieve werking van goede zorg voor de doelgroep die zich bevindt op het grensvlak van straf en zorg.
- 32 Belangrijk verschil tussen forensische zorg en de zorg in het kader van de WvGGZ is de aanwezigheid van een strafrechtelijke titel op grond waarvan de zorg verplicht wordt opgelegd, en daarmee is er een andere ‘stok achter de deur’. Daarnaast behoort de

forensische zorg tot de verantwoordelijkheid van de minister van VenJ terwijl de verplichte GGZ onder de verantwoordelijkheid valt van de minister van VWS.

- 33 In de Memorie van Toelichting van de WvGGZ en de WFZ wordt expliciet aangegeven dat om reden van afstemming en continuïteit de mogelijkheid bestaat voor de rechter om na afloop van de strafrechtelijke titel of in plaats van de strafrechtelijke titel de WvGGZ toe te passen (pagina 37 Memorie van Toelichting WvGGZ). De wetgever hoopt hiermee betere voorwaarden te hebben gecreëerd voor continuïteit van zorg. Daarnaast wordt er in de afweging tussen het aanvragen van een strafrechtelijke maatregel of het aanvragen van een verplichte zorgmachtiging een belangrijke rol gegeven aan de officier van justitie. De officier maakt een afweging of een strafrechtelijke maatregel of het aanvragen van een verplichte zorgmachtiging de meest passende maatregel is waarna de rechter uitspraak doet.

3. Regulering van de forensische zorg: sturing op recidivevermindering en veiligheid

- 34 Belangrijke doelstelling van het ministerie van VenJ is het verminderen van recidive. Het besturingsmodel in de forensische zorg is er dan ook op gericht om de minister van VenJ de mogelijkheid te geven om mensen die in aanraking zijn gekomen met het strafrecht tijdig de juiste, kwalitatief hoogwaardige zorg en beveiliging te verlenen. Deze mogelijkheden zijn voor het ministerie van VenJ van belang om de ministeriële verantwoordelijkheid waar te kunnen maken.
- 35 In dit hoofdstuk gaan wij in op de manier waarop het ministerie van VenJ, de betrokken toezichthouders, landelijke beleidsmakers en zelfstandige bestuursorganen het forensische systeem op macroniveau vorm geven en de wijze waarop zij hun sturingsinstrumenten inzetten.
- 36 Concreet bespreken we hier:
1. De ministeriële verantwoordelijkheid voor de forensische zorg;
 2. Verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden: centraal gestuurd systeem;
 3. De financiering van de forensische zorg;
 4. Handhaving en Toezicht.

3.1 De ministeriële verantwoordelijkheid voor de forensische zorg

- 37 De ministeriële verantwoordelijkheid van de minister van VenJ ligt besloten in de beginwetten van VenJ en in de WFZ. In deze wetten wordt concreet aangegeven dat de minister van VenJ verantwoordelijk is voor de kwaliteit en de beschikbaarheid van (forensische) zorg voor justitiabelen. De verantwoordelijkheid van de minister richt zich dus zowel op het systeem als ook op de concrete uitvoering van maatregelen, straffen en zorg (door DJI).
- 38 Binnen het project ‘Vernieuwing forensische zorg in een strafrechtelijk kader’ zijn drie belangrijke uitgangspunten gedefinieerd. Een van de uitgangspunten is het recht op (kwalitatief) goede zorg. Het ministerie van VenJ heeft zichzelf daarmee een zorgplicht gegeven, wat betekent dat het ministerie kwalitatief goede en voldoende zorg dient in te kopen om daarmee te voldoen aan de geïndiceerde zorgbehoefte.
- 39 Hierin onderscheidt het forensische systeem zich van de reguliere zorg. De minister van VWS is weliswaar verantwoordelijk voor een doelmatige, toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg. Het concreet invulling geven aan deze verantwoordelijkheid heeft de minister via de gereguleerde marktwerking echter belegd bij de (overwegend) private uitvoerende partijen in de zorg: zorgverzekeraars, zorgaanbieders en cliënten(organisaties). De rol van de minister van VWS is vooral het zorgen dat er een goed werkend zorgstelsel is. Activiteiten zijn gericht op het functioneren van het stelsel en het faciliteren van de uitvoering daarvan door (veelal) private partijen. Hierin laat het ministerie

van VWS zich ondersteunen door adviezen en uitvoeringstoetsen van adviesraden en ZBO's zoals NZa, CvZ en IGZ.



Figuur 2: Ministeriële verantwoordelijkheid

3.2 Verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden: forensische zorg is een centraal gereguleerd systeem

- 40 In de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is het VenJ-systeem ten opzichte van de reguliere zorg te karakteriseren als een centraal gestuurd systeem. Het ministerie van VenJ heeft in lijn met haar ministeriële verantwoordelijkheid de uitvoering van maatregelen, straffen en van de zorg aan individuele justitiabelen in grote mate toebedeeld aan haar eigen uitvoeringsorganisaties.
- 41 De verantwoordelijkheden en taken en de daarmee samenhangende bevoegdheden voor de belangrijkste onderdelen uit het forensische zorgstelsel, namelijk: zorginkoop, plaatsing en bekostiging, heeft het ministerie van VenJ ondergebracht bij de Directie Forensische zorg (DForZo), onderdeel van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI).
- 42 De DJI zorgt namens de minister van VenJ voor de tenuitvoerlegging van vrijheidsbenemende straffen en maatregelen, die na uitspraak van een rechter zijn opgelegd. DJI is een agentschap van het ministerie van VenJ. Dit betekent dat DJI een zekere mate van zelfstandigheid bezit. Jaarlijks krijgt DJI een budget toegewezen vanuit het ministerie en worden afspraken gemaakt over de door DJI te leveren prestaties.
- 43 Groot verschil met de reguliere zorg is de centrale aansturing, de beperkte rolverdeling en een beperktere aanwezigheid van *countervailing* power. Daar waar in de zorg verantwoordelijkheden voor de uitvoering in grote mate zijn gedereguleerd en ondergebracht bij afzonderlijke organisaties (zorgverzekeraars, zorgaanbieders, indicatieorgaan), heeft het ministerie van VenJ vrijwel alle verantwoordelijkheden belegd bij haar eigen uitvoeringsorganisaties: DJI is primair verantwoordelijk voor de tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen in het kader waarvan justitiabelen forensische zorg nodig hebben. Daarnaast koopt DJI de forensische zorg in bij zorgaanbieders. Onderdelen van DJI (Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie, Psycho-medisch overleg in het gevangeniswezen) doen samen met de drie reclasse-

ringsorganisaties de indicatiestelling. Derhalve is alleen de zorglevering en het markttoezicht door de NZa strikt gescheiden georganiseerd van de rest van de in te vullen rollen.

3.3 Financiering van de forensische zorg

- 44 De financiering van de forensische zorg vindt plaats door het ministerie van VenJ. De middelen die beschikbaar zijn voor de forensische zorg zijn opgenomen in de begroting van het ministerie van VenJ. Op 1 januari 2007 is een voorlopig bedrag overgeheveld uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten van VWS naar de Justitiebegroting. In de voorjaarsnota 2008 is vervolgens de hoogte van het over te hevelen bedrag definitief vastgesteld. De definitieve vaststelling vond plaats op basis van een onderzoek bij het ministerie van VenJ, reclassering en zorgaanbieders naar de aard en omvang van de daadwerkelijk geleverde forensische zorg. In de overheveling zijn ook de middelen met betrekking tot de 'pijplijn capaciteit' (rechten voor instellingen om plaatsen te creëren) meegenomen.
- 45 Met deze overheveling heeft er een overgang plaatsgevonden van premie gefinancierde zorg naar begrotingsgefinancierde zorg door het ministerie van VenJ. Vanaf dat moment zijn de beschikbare middelen voor de inkoop van forensische zorg onderdeel geworden van de begroting van het ministerie van VenJ. De begroting is kaderstellend voor de wijze waarop de zorgvraag kan worden gerealiseerd bij de zorgaanbieders. De begroting wordt jaarlijks in november van het voorafgaande jaar met de Tweede Kamer besproken alvorens deze wordt vastgesteld.
- 46 De beschikbare middelen voor de forensische zorg worden door de zorginkoop van de forensische zorg 'verdeeld' in de markt op basis van een jaarlijkse inkoop- en contracteringscyclus.
- 47 In de reguliere zorg wordt het beschikbare bedrag voor de gezondheidszorg, het zogenaamde Budgettaire Kader Zorg (BKZ), na goedkeuring door de Tweede kamer, vastgesteld door de minister van VWS en het kabinet. Het BKZ vormt het financiële kader waarbinnen zorgverzekeraars met aanbieders van reguliere GGZ afspraken mogen maken over de aard en omvang van de te leveren zorg. De middelen worden dus overwegend uitgegeven door de zorgverzekeraars.



Figuur 3: Financiering

3.4 Handhaving en toezicht

3.4.1 Toezicht op het functioneren van de zorgmarkt

48 In het handhaven en het toezicht van beide stelsels speelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een belangrijke rol. De NZa draagt zorg en bewaakt het functioneren van de beide zorgmarkten. Dit doet zij bijvoorbeeld door het formuleren van de inhoud van prestaties en het vaststellen van tarieven. Ook adviseert de Nza over de volwassenheid van een zorgmarkt en de mate van vrijheidsgraden en (de) regulering die passen in een specifieke zorgmarkt. De bevoegdheid van de NZa in de beide zorgsystemen is echter verschillend. In de reguliere GGZ heeft de NZa de bevoegdheid om tarieven en prestaties te bepalen, in het forensische systeem krijgt de NZa met het ingaan van de WFZ meer regulerende bevoegdheden waaronder het vaststellen van prestaties en tarieven. De NZa heeft in de forensische zorg echter geen handhavingmogelijkheden. Het is bijvoorbeeld niet mogelijk om als ZBO een ministerie te bestraffen voor een tariefsdelict.

3.4.2 Toezicht op de zorg

49 Toezicht op zowel de reguliere GGZ en de forensische zorg wordt uitgeoefend door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Voor de forensische zorg heeft daarnaast de Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt) de verantwoordelijkheid om te beoordelen of de wijze waarop de straf (inclusief zorg) ten uitvoer wordt gelegd conform de daarvoor vastgestelde regels.

50 De IGZ heeft als doel “de volksgezondheid door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten te bevorderen”. De IGZ heeft een verantwoordelijkheid voor de gehele zorg, van ziekenhuis tot apotheek en van tandarts tot GGZ-instelling. De IGZ kent een aantal vormen van toezicht:

- a. Incidententoezicht, toezicht op basis van gemelde incidenten, meestal bij een specifieke instelling;
- b. Thematisch toezicht, toezicht gericht op instellingsoverstijgende onderwerpen bij meerdere instellingen;
- c. Gefaseerd toezicht, toezicht op basis van risico- of prestatie-indicatoren;
- d. Systeemtoezicht, toezicht op kwaliteitssystemen en governance.

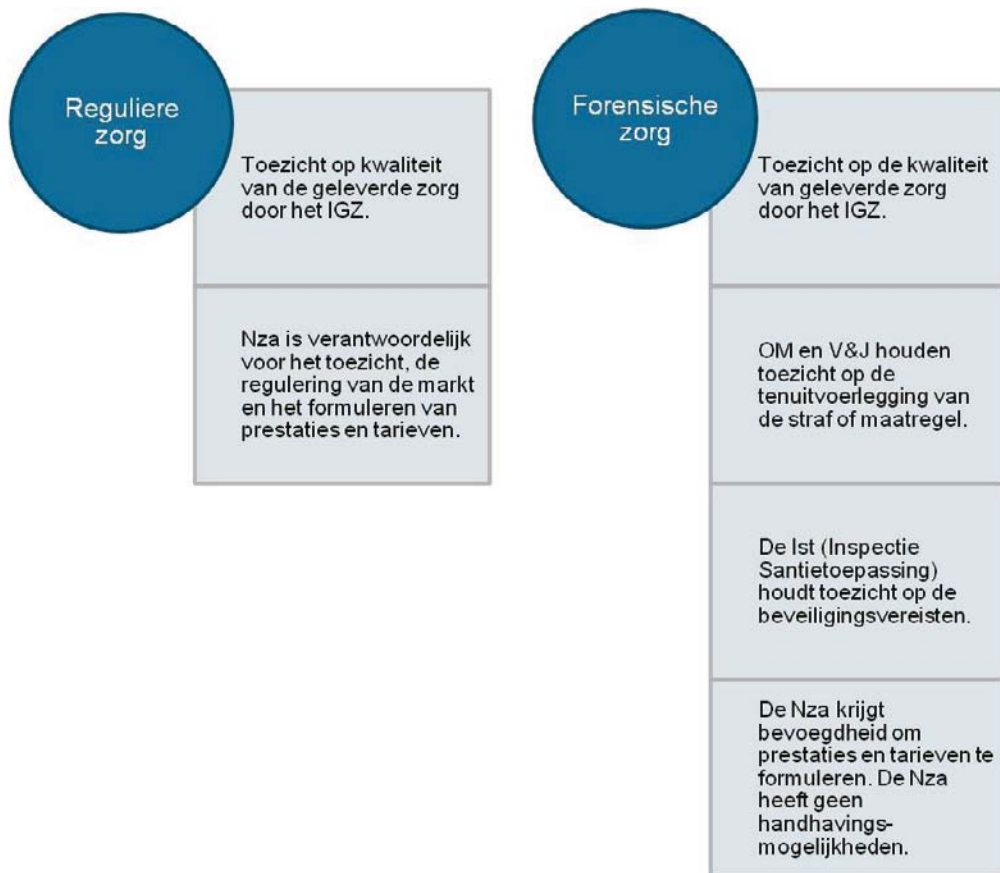
3.4.3 Toezicht op de tenuitvoerlegging van maatregelen

51 Toezicht op de tenuitvoerlegging van straffen vindt plaats door de minister van VenJ en het Openbaar Ministerie (OM). Nu is het OM primair verantwoordelijk, maar deze verantwoordelijkheid verschuift binnenkort naar de minister. Het OM blijft wel verantwoordelijk voor de invoer van de keten (de uit te voeren strafrechtelijke beslissingen). Dit betekent dat als forensische zorg onderdeel uitmaakt van de maatregel er informatie verstrekt dient te worden door de zorgverlener aan de minister en aan het OM. Deze informatie heeft betrekking op de aanvang en beëindiging van de zorg, het verloop van de behandeling en de activiteiten gericht op de nazorg (Memorie van Toelichting WFZ). Om dit toezicht ook concreet te kunnen waarmaken, worden hiervoor afspraken gemaakt met de zorgaanbieders door DForZo tijdens het zorginkoopproces. De afspraken gaan bijvoorbeeld over het verloop van de behandeling, de duur en de benodigde nazorg. In de reguliere GGZ is geen sprake van een strafrechtelijke titel en deze is daarom ook primair gericht op de zorg.

- 52 Daarnaast wordt door het ministerie van VenJ toezicht gehouden op beveiligingsvereisten zoals de hoogte van muren, sloten, identiteit van personeel en patiënten, et cetera. Dit toezicht wordt uitgevoerd door de ISt. De ISt ziet specifiek toe op de sanctietoepassing met het oog op zichtbare verbetering van de effectiviteit en kwaliteit van de sanctietoepassing. Het werkerrein van de ISt omvat alle plaatsen waar sancties ten uitvoer worden gelegd, dus ook de plaatsen waar forensische zorg wordt verleend. Zorgaanbieders die forensische zorg verlenen zijn daarom verplicht informatie aan te leveren en desgewenst de ISt toe te laten op de locatie van de zorgaanbieder. Vooral nog richt de ISt zich voornamelijk op de Forensisch Psychiatrische Centra (FPC) en de Penitentiair Psychiatrisch Centra (PPC) (als onderdeel van het gevangeniswezen); alleen dit type instellingen wordt vermeld in het inspectiejaarplan 2012 en beschikt over een toetsingskader.
- 53 De ISt onderscheidt vier vormen van inspectieonderzoek, die grotendeels overeenkomen met het type toezicht dat de IGZ voert, namelijk:
1. Incidentonderzoek, onderzoek naar aanleiding van een incident, meestal bij een instelling;
 2. Themaonderzoek, onderzoek op een specifiek onderwerp bij meerdere instellingen;
 3. Doorlichtingen, het periodiek doorlichten van een instelling;
 4. Vervolgonderzoek, onderzoek naar aanleiding van een van bovenstaande onderzoeken.

3.4.4 Het belang van toezicht is groot voor beide ministers

- 54 In een gesprek met beide toezichthouders komt naar voren dat er veel overeenkomsten zijn tussen beide toezichthouders. De typen toezichten komen overeen en ook de werkwijzen lijken sterk op elkaar. Zo kennen beide toezichthouders in samenwerking met het veld opgestelde toetsingskaders en streven beide organisaties naar transparantie; onderzoeken worden zoveel mogelijk openbaar gemaakt. Uiteraard zijn er ook verschillen:
1. (De omvang van) het toezichtgebied verschilt;
 2. De organisaties richten zich op andere aspecten bij het toezicht. De ISt richt zich op de rechtspositie, veiligheid en re-integratie, de naleving van wet- en regelgeving en een aantal organisatieaspecten, terwijl de IGZ zich voornamelijk richt op de veiligheid en kwaliteit van zorg;
 3. Het grootste verschil tussen beide organisaties betreft de sanctiebevoegdheid: de IGZ heeft die bevoegdheid wel, terwijl de ISt daar niet over beschikt.
- 55 Voor beide ministers is het toezicht op kwaliteit van de zorg van groot belang. De beschikbaarheid van de zorg weegt voor de minister van VenJ zwaarder dan voor de minister van VWS. Dit heeft onder andere te maken met de verantwoordelijkheid van de minister van VenJ voor de veiligheid van slachtoffers, daders en de maatschappij in het algemeen, die rust op de schouders van de minister van VenJ. Het zoveel mogelijk voorkomen van incidenten is van groot belang voor de minister van VenJ. De besturing van het forensische zorgstelsel is daarmee meer gericht op beheersing en verklaart een meer centrale aansturing.
- 56 Voor reguliere GGZ-zorgaanbieders die forensische zorg leveren is deze vorm van toezicht toegenomen sinds de forensische zorg onder de verantwoordelijkheid valt van de minister van VenJ.



Figuur 4: Toezicht en handhaving

4. Uitvoering van de forensische zorg

57 Het forensische zorgstelsel bestaat uit vijf (operationele/uitvoerende) onderdelen: indicatiestelling, zorginkoop, plaatsing, bekostiging en de feitelijke zorgverlening. Deze onderdelen hebben een sterke onderlinge samenhang en worden ondersteund door het Informatiseringssysteem forensische zorg (Ifzo).

4.1 Toegang tot de forensische zorg & Indicatiestelling

4.1.1 *Vonnis en titels*

58 In het forensische zorgstelsel wordt de toegang tot de forensische zorgmarkt bepaald door het OM, de indicerende organisaties en de rechterlijke macht. Hierin is het vonnis van de rechter het formele toegangscriterium en de grondslag voor bekostiging van de zorg vanuit het ministerie van VenJ. De instroom van nieuwe cliënten wordt bepaald door deze organisaties. Hieraan liggen de titels ten grondslag zoals weergegeven in artikel 2.2 van de WFZ. De titels zijn als volgt te categoriseren:

1. Plaatsing ter observatie en plaatsing ten behoeve van een Pro Justitiarapportage;
2. Artikel 37.1 (volledig niet-toerekeningsvatbaar);
3. Tbs met dwangverpleging;
4. Forensische zorg geïnitieerd door het gevangeniswezen in het kader van:
 - a. Overplaatsing naar een zorgafdeling (PPC) binnen het gevangeniswezen;
 - b. Uitplaatsing naar de GGZ vanwege detentieongeschiktheid (artikel 43.3 Penitentiaire Beginselenwet) of detentiefasering (artikel 15.5 PBW);
 - c. ISD of een Penitentiair programma met zorg;
 - d. Poliklinische (ambulante) zorg in de penitentiaire inrichting;
 - e. Pré-klinische interventie bij tbs-gestelden in het gevangeniswezen.
5. Forensische zorg in het kader van bijzondere voorwaarden als onderdeel van het toezicht door de reclassering op basis van:
 - a. Tbs met proefverlof, voorwaardelijke beëindiging tbs en tbs met voorwaarden;
 - b. Voorwaardelijke veroordeling, voorwaardelijk sepot, schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden, voorwaardelijke invrijheidstelling met voorwaarden, ISD met voorwaarden, strafbeschikking met aanwijzing en voorwaardelijke gratieverlening.

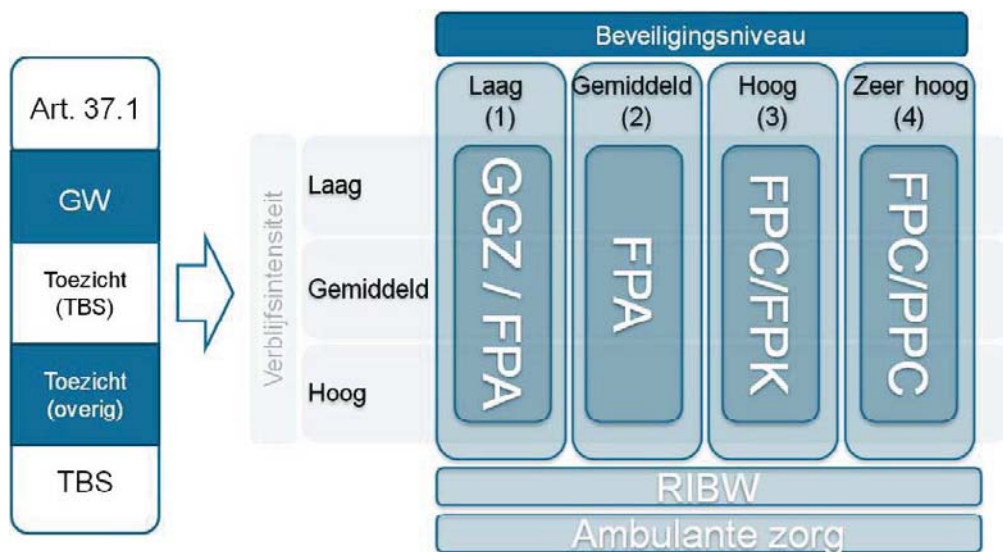
4.1.2 *Indicatiestelling in de forensische zorg*

59 De indicatiestelling bepaalt de zorgbehoefte en de benodigde mate van beveiliging en wordt uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie (NIFP), de drie reclasseringsorganisaties (Reclassering Nederland, Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland (SVG) en het Leger des Heils) en de Psycho Medisch Overleggen (PMO's) in de gevangenissen. Ambulante forensische zorg wordt geïndiceerd door de drie reclasseringsorganisaties. Ambulante zorg in de gevangenis wordt geïndiceerd door het PMO. De forensische zorg met verblijf wordt geïndiceerd door het NIFP. Tot 2010 werd de klinische verslavingszorg geïndiceerd door de SVG, maar vanaf begin 2011 door het NIFP. Hierbij moet opgemerkt worden dat het NIFP de indicatiestelling verzorgt als er een vermoeden is dat klinische zorg aan de orde zal zijn. Het indicatieresultaat kan echter alsnog ambulante zorg inhouden.

	Ambulante zorg	Beschermd wonen	Klinische zorg
NIFP/IFZ		X	X
3RO	X	X	
PMO (GW)	X (binnen PI)	X	X (binnen PI)

Figuur 5: Overzicht indicatiestellers in forensische zorg

- 60 De indicatiestelling voor klinische forensische zorg bestaat uit een inschatting met betrekking tot het benodigde beveiligingsniveau en de zorgintensiteit (zie onderstaande figuur). Ook wordt de hoofdgroep van de behandelcomponent (zoals vastgelegd in de DBBC's) vastgesteld in de indicatiestelling door het NIFP.



Figuur 6: Overzicht beveiliging in relatie tot verbljfsintensiteit¹

4.1.3 Verschillen in organisatie van de indicatiestelling

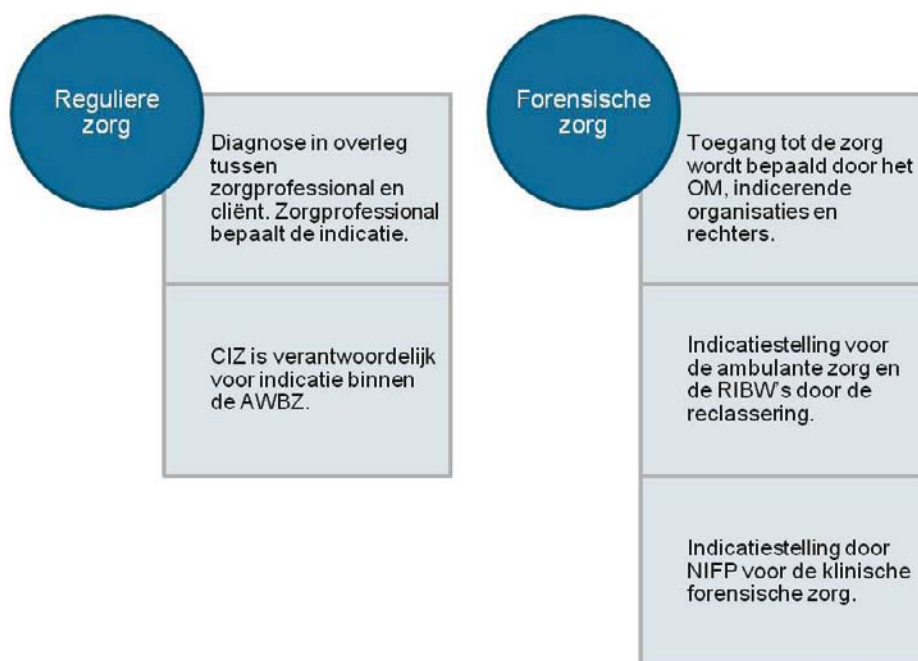
- 61 Er is een aantal verschillen met de indicatiestelling in de reguliere GGZ. Allereerst de mate van functiescheiding en onafhankelijkheid. In de zorg is er een functiescheiding tussen de indicatiestelling, de financiering en de levering van de zorg. In de AWBZ geeft het Centraal Orgaan Indicatiestelling Zorg (CIZ) de indicatie af, het zorgkantoor financiert de zorg en de zorgaanbieder verleent de zorg. In de ZVW is de functiescheiding tussen de indicatiesteller en de behandelaar niet aanwezig, de behandelaar is immers ook degene die de indicatie

¹ Dit betreft een eigen onderverdeling van Significant.

stelt, maar er is wel een strikte functiescheiding tussen de financier en degene die de zorg verleent. De zorgverzekeraar financiert de zorg en de GGZ-zorgaanbieder verleent de zorg.

4.1.4 Verschillen in de aard van de indicatiestelling

- 62 In de forensische zorg liggen de functies van indicatiesteller, financier en zorgverlener dichter tegen elkaar aan. Het NIFP is bijvoorbeeld verantwoordelijk voor klinische indicatiestelling, maar is formeel een uitvoeringsorganisatie van DJI en valt daarmee onder de verantwoordelijkheid van VenJ. Daarnaast indiceren reclasseringsorganisaties ambulante forensische zorg, maar zijn tegelijkertijd ook onderdeel van organisaties die deze zorg leveren (de verslavingsinstellingen die samen de SVG vormen) en van beschermd wonen (Leger des Heils).
- 63 Daarnaast is er een verschil in de aard van de indicatiestelling. In de reguliere zorg wordt uitgegaan van het belang en de zorgbehoefte van de individuele cliënt. In de forensische indicatiestelling wordt de zorgbehoefte van de individuele cliënt ook meegewogen, maar weegt het belang van recidivevermindering en veiligheid zwaarder. Vanuit dat perspectief vindt primair de indicatiestelling plaats. Mede omdat er de afgelopen periode is geïnvesteerd in voldoende capaciteit is het beter mogelijk om de indicatiestelling vraaggestuurd te laten plaatsvinden. Dit in tegenstelling tot een aantal jaren geleden waarbij door schaarste in capaciteit bij de indicatiestelling regelmatig geanticipeerd werd op daadwerkelijke beschikbaarheid. Als het primaire, inhoudelijke oordeel dan niet goed wordt vastgelegd, is het lastig om de daadwerkelijke vraag naar forensische zorg (op geaggregeerd niveau) scherp te krijgen.



Figuur 7: Toegang en indicatiestelling

4.2 Zorginkoop

4.2.1 Marktkenmerken

- 64 De afdeling Zorginkoop van DForZo is verantwoordelijk voor de zorginkoop van de forensische zorg. DForZo heeft in 2011 ruim 100 contracten afgesloten met aanbieders van forensische zorg binnen een begroting van ongeveer € 300 miljoen, exclusief tbs. De tbs-capaciteit wordt op dit moment nog deels op basis van een subsidierelatie gerealiseerd. Na invoering van de WFZ wordt ook de tbs-capaciteit ingekocht. In 2012 is ongeveer € 683 miljoen beschikbaar voor de totale forensische zorg, inclusief € 369 miljoen voor tbs.
- 65 De forensische zorgmarkt is een monopsonie; het ministerie van VenJ is de enige inkoper van forensische zorg. Hiermee verschilt de forensische zorgmarkt van de reguliere GGZ. De reguliere GGZ wordt overwegend ingekocht door meerdere zorgverzekeraars en voor een beperkt deel, namelijk de langdurige GGZ, door de zorgkantoren. In de forensische zorg is geen sprake van een zorgverzekeringsmarkt, het ministerie van VenJ is de enige inkoopende partij.

4.2.2 Zorginkoopbeleid en sturing op recidivevermindering

- 66 Het zorginkoopbeleid van VenJ heeft als belangrijkste doelstelling recidivevermindering. In het inkoopbeleid van VenJ van 2012 wordt aangegeven “...acht DForZo het van belang dat aanbieders van *forensische zorg het doel van recidivevermindering leidend laten zijn in de behandeling en/of begeleiding*”. Daarnaast worden kwaliteitsverbetering en samenwerking in de keten, zowel tijdens en na afloop van de strafrechtelijke titel genoemd als doelstellingen in het inkoopbeleid.
- 67 Belangrijk uitgangspunt in het inkoopbeleid (en de plaatsing) is verder om de benodigde GGZ-zorg zoveel mogelijk door de reguliere GGZ-aanbieders te laten verlenen. Alleen wanneer blijkt dat er vanuit het oogpunt van maatschappelijke veiligheid of vergeldingsoogpunt geen overplaatsing naar de GGZ kan plaatsvinden, wordt de zorg door DJI zelf geleverd, bijvoorbeeld in de PPC's. Als deze zorg in de GGZ kan worden gerealiseerd, dan zal deze zorg worden ingekocht. Het inkoopbeleid omschrijft zich als ‘Inkoop, tenzij...’.
- 68 De inkoop van zorg gaat zoveel mogelijk plaatsvinden op basis van dezelfde productstructuur als in de reguliere GGZ. Op dit moment wordt ingekocht op basis van NZa-parameters, specifiek voor de forensische zorg. De inkoop vindt vanaf 2012 primair plaats op basis van DBBC's en Zorgzwaartepakketten (ZZP's). De DBBC's sluiten aan op de gehanteerde DBC-structuur in de reguliere GGZ. De inkoop op basis van NZa-parameters wordt nu ‘achter de hand gehouden’. In 2011 was dit omgekeerd (NZa-parameters leidend en DBBC's secundair).

4.2.3 Sturing op voldoende beschikbare capaciteit

- 69 De ontwikkeling in de vraag naar forensische zorg wordt bepaald door het aantal opgelegde straffen en maatregelen. Het politieke klimaat en het straffklimaat van de overheid is daarop van invloed.

- 70 De minister van VenJ heeft de zorgplicht voor de forensische zorg en dient er dus ook voor te zorgen dat de beschikbare capaciteit (voldoende forensische zorgaanbieders) en de zorginkoop aansluiten bij de zorgbehoefte van justitiabelen en de vraagontwikkeling in de forensische zorg. Om deze reden is het ministerie van VenJ (al een aantal jaren) bezig met het ontwikkelen van een prognosemodel en capaciteitsramingen voor de forensische zorg. Daarnaast probeert men inzicht te krijgen in de zorgpaden van de forensische doelgroep door te onderzoeken hoe de patiëntenstromen lopen in de forensische keten (stromenmodel). Naast het kunnen voldoen aan de zorgplicht door de minister zijn deze ramingen van belang, om te waarborgen dat er voldoende forensische zorgaanbieders zijn waar de zorg ingekocht kan worden.
- 71 De typen ‘capaciteit’ die worden ingekocht zijn:
1. Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's)²;
 2. Forensische Psychiatrische Klinieken en Afdelingen (FPK's en FPA's), deels op basis van de jaarlijkse inkoop, deels op basis van meerjarige tenders (Forensische Zorg voor Gedetineerden (FZG));
 3. Instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg (ambulante en klinische zorg);
 4. Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (ambulante en klinische zorg);
 5. Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's), deels op basis van de jaarlijkse inkoop, deels op basis van meerjarige tenders.
- 72 In bovenstaande typen capaciteit wordt in meer of mindere mate zorg geleverd aan justitiabelen (personen met een strafrechtelijke titel). In FPK's wordt ongeveer 85% van de capaciteit ingekocht door het ministerie van VenJ. De overige capaciteit wordt gecontracteerd door zorgverzekeraars op basis van de ZVW. Voor FPA's is deze verhouding (met uitzondering van de FZG-capaciteit) ongeveer 55% strafrechtelijk tegen 45% vrijwillig/overig.
- 73 Naast de ingekochte zorg wordt er ook zorg geleverd in de PPC's in de PI's. Deze zorg wordt niet ingekocht. Ook wordt er in de PI's kortdurende ambulante zorg geleverd door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie³ in de vorm van zorgconsulten.
- 74 Gezien de hoge toetredingsdrempels en de specifieke kenmerken van de zorg en de cliënten hecht het ministerie van VenJ veel belang aan voldoende capaciteit. In verschillende gesprekken wordt ook aangegeven dat er op dit moment geen capaciteitsproblemen zijn en er voor intramurale zorg zelfs sprake is van (ingekochte) overcapaciteit (vooral bij FPA's). Alleen voor een beperkt aantal specifieke zorgsoorten, zoals de FPK's, de zorg voor licht verstandelijk beperkten, beschermde woonvormen en personen met complexe multiproblematiek, loopt men soms tegen plaatsingsproblemen aan.
- 75 In vergelijking met de reguliere GGZ wordt er door het ministerie van VenJ meer aandacht besteed aan prognosemodellen en capaciteitsramingen. Op basis van de gesprek-

2 De zorg bij FPC's wordt op dit moment nog niet ingekocht. Het betreft een subsidierelatie. Na invoering van de WFZ wordt ook de zorg bij FPC's ingekocht.

3 Het NIFP heeft een taak als indicatiesteller voor de klinische zorg. Daarnaast leveren de psychiaters die in dienst zijn van het NIFP ook zorg in detentie indien nodig.

ken en de bestudeerde documenten bestaat de indruk dat het ministerie van VenJ meer richting geeft aan het beschikbaar komen van nieuwe capaciteit door het benoemen van specifieke groeisegmenten en gerichte substitutie van capaciteit die aansluit bij de ingezette beleidsdoelstellingen van ambulantisering. Daarnaast neemt het ministerie van VenJ een meer proactieve en inhoudelijke positie in als zorginkoper. In interviews wordt aangegeven dat zij actief zijn op het terrein van kennisontwikkeling, kwaliteit en het maken van marktanalyses.

- 76 DForZo wordt door zorgaanbieders ervaren als een constructief kritische inkoper. Weliswaar is DForZo een monopsonische inkoper maar door zijn constructieve opstelling, inhoudelijke kennis en door het belang dat het ministerie van VenJ hecht aan voldoende capaciteit wordt DForZo als een relatief deskundige, constructieve inkoper gezien. Daarnaast ervaren zorgaanbieders het grote belang dat gehecht wordt aan veiligheid en het voorkomen van incidenten zoals ontsnappingen en middelenmisbruik.



Figuur 8: Zorginkoop

4.3 Plaatsing als kenmerkend onderscheid tussen reguliere en forensische zorg

- 77 Ook de eindverantwoordelijkheid voor de plaatsing ligt sinds 1 januari 2008 bij de minister van VenJ en vindt plaats onder eindverantwoordelijkheid van DForZo. Namens DForZo worden de feitelijke plaatsingen uitgevoerd door de drie reclasseringsorganisaties, het NIFP en het Gevangeniswezen. Plaatsing omvat het gehele proces vanaf de afgeronde indicatiestelling van een justitiabele met een zorgbehoefte tot aan de feitelijke opname of de start van zorg. De formele bekrachtiging van dit proces vindt plaats door het nemen van een plaatsingsbesluit.
- 78 Door het 'plaatsen' moet de juiste persoon op de juiste zorgplek terechtkomen. Plaatsings- en doorstroomproblemen zijn aanwezig voor de zware en complexe groep forensische cliënten (zware beveiliging (FPK's), multiproblematiek, LVB). Voor deze groep is nog steeds sprake van

suboptimale aansluiting tussen de forensische en de reguliere zorg. Het kleine aandeel van de inkoop door zorgverzekeraars in FPK's (15% niet strafrechtelijk) is hierbij niet behulpzaam. Zowel met zorgverzekeraars als met andere zorgaanbieders is het moeilijk hierover afspraken te maken. Hierdoor kan het voorkomen dat deze forensische cliënt niet (tijdig) de juiste zorg krijgt.

- 79 Plaatsing betekent in het forensische stelsel bijna letterlijk 'het plaatsen' van een justitiabele bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Ten opzichte van de reguliere GGZ is de verantwoordelijkheid voor plaatsing wellicht het meest kenmerkende onderscheid tussen het forensische zorgstelsel en het reguliere stelsel. Door het daadwerkelijk 'plaatsen' van forensische cliënten in zorg tot op het individuele niveau geeft de minister bij uitstek invulling aan zijn verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de opgelegde straffen en maatregelen. Plaatsing is daardoor ook een kernfunctie binnen het forensische systeem, omdat het de minister de mogelijkheid geeft te sturen tot op het niveau van het individu terwijl het in het reguliere systeem simpelweg niet bestaat.

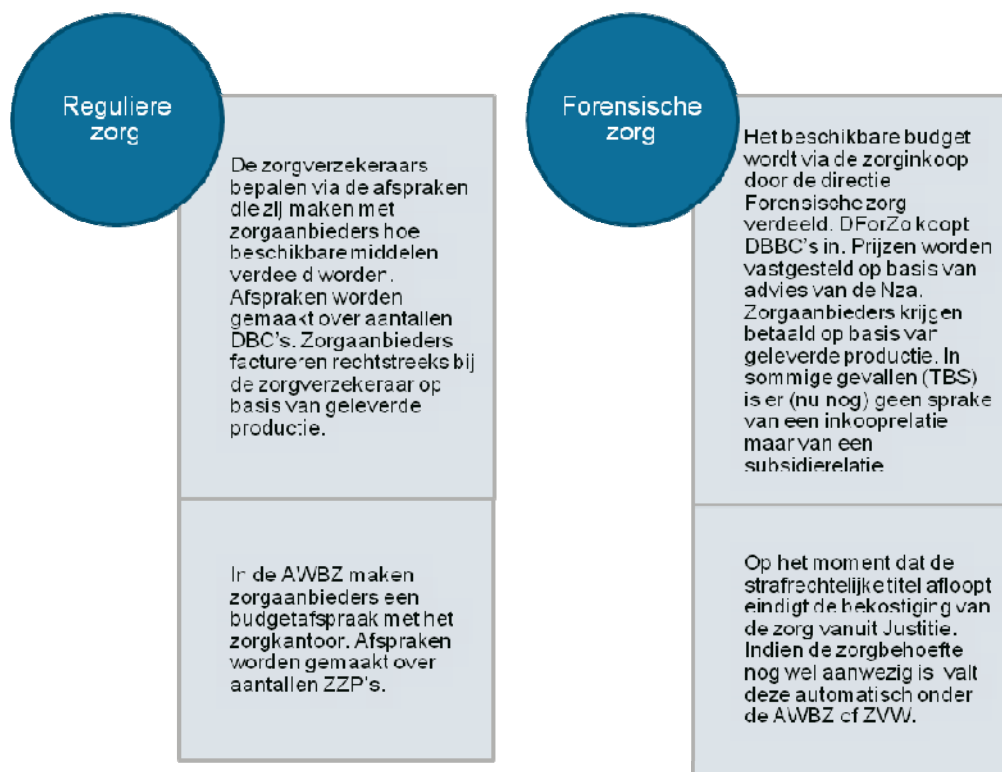


Figuur 9: Plaatsing

4.4 Bekostiging van de zorg

- 80 De bekostiging van de forensische zorg vindt sinds 2011 plaats op basis van een zogenaamde Diagnose Behandeling en Beveiligings Combinatie: de DBBC. De bekostiging van de beschermde woonvormen vindt plaats op basis van Zorg Zwaarte Pakketten (ZZP's). Door het maken van inkoopafspraken over de DBBC's en ZZP's worden de beschikbare middelen voor forensische zorg verdeeld.
- 81 De bekostigingssystematiek van de forensische zorg sluit aan bij de bekostigingssystematiek van de reguliere GGZ die plaats vindt op basis van DBC's en ZZP's. Het verschil met de reguliere GGZ is de aanwezigheid van de beveiligingscomponent in de DB(B)C. Op het moment van schrijven is de NZa bezig met een kostprijsonderzoek naar DBBC's.
- 82 Alhoewel de bekostiging van de DBBC's al plaats vindt sinds 2011 is de invoering feitelijk nog in volle gang bij de zorgaanbieders en inkopers. Facturatie in DBBC's komt pas net op gang en registraties zijn nog onvoldoende betrouwbaar.

- 83 Met ingang van 2012 is er voor personen van 18 jaar en ouder een eigen bijdrage ingevoerd in de reguliere GGZ. Deze eigen bijdrage is niet van toepassing voor de forensische zorg en de GGZ die in een verplicht kader geleverd wordt.



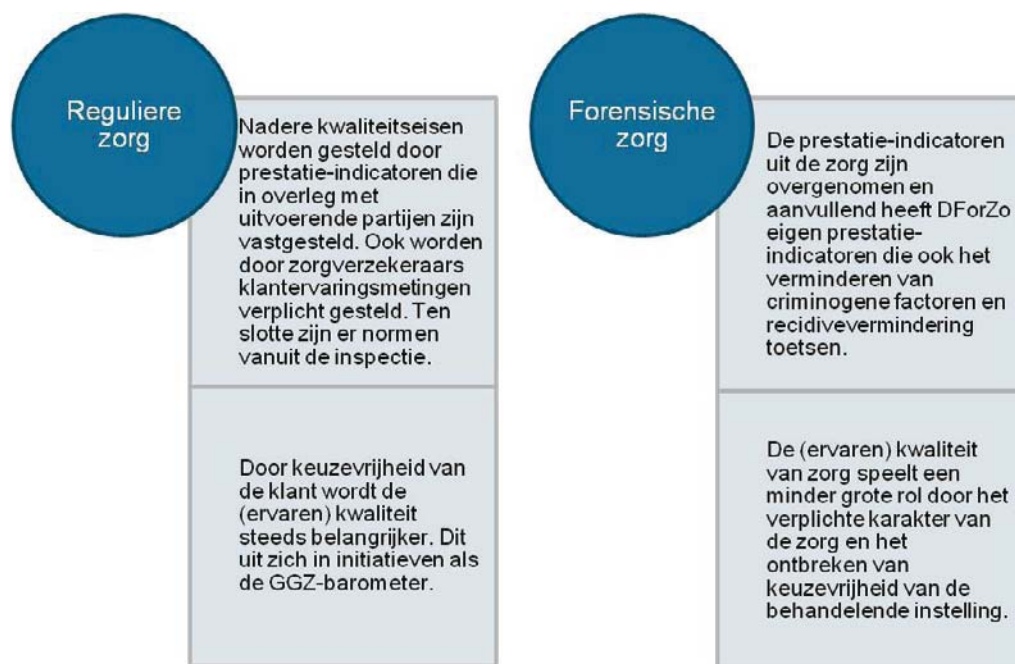
Figuur 10: Bekostiging

4.5 Prestatie-indicatoren en kwaliteit

- 84 Net als in de reguliere zorg wordt door de zorginkoop gestuurd op kwaliteit. Sturing vindt plaats door het stellen van specifieke eisen aan de geleverde zorg en het toekennen van groeimogelijkheden. Voor het verkrijgen van startbudgetten voor forensische zorg dienen zorgaanbieders te laten zien op welke wijze zij een bijdrage bieden aan recidivevermindering, ketensamenwerking en continuïteit van zorg tijdens en na het aflopen van de strafrechtelijke titel. Daarnaast dienen zorgaanbieders de prestatie-indicatoren te hanteren van het bureau Zichtbare Zorg van het ministerie van VWS.
- 85 Om in aanmerking te komen voor (financiële) groei, dienen zorgaanbieders aan te tonen dat er daadwerkelijk behoefte is aan deze groei en dient aangetoond te worden dat het aangeboden behandelaanbod ook geleverd wordt in lijn met de beleidsdoelstellingen van

het ministerie van VenJ. Zo wordt op dit moment bijvoorbeeld expliciet gestuurd op de groei in ambulante behandeling en *outreaching* ambulante begeleiding (ACT/F-ACT) voor patiënten met multiproblematiek (Handleiding inkoop Forensische zorg 2012).

- 86 Op macro niveau bewaakt VenJ de kwaliteit van de zorg door het uitzetten van studies die de mate van recidivevermindering meten. Justitie stuurt niet direct op de inhoud van de behandeling.
- 87 Ook wordt in beide systemen verantwoording afgelegd over de kwaliteit door de resultaten te rapporteren op basis van prestatie-indicatoren. Naast de reguliere GGZ prestatie-indicatoren hanteert DJI haar eigen forensische indicatoren.



Figuur 11: Prestatie-indicatoren en kwaliteit

4.6 Informatievoorziening

- 88 Het programma Forensische Zorg bestaat uit inkoop, indicatie, plaatsing en bekostiging. Deze componenten worden aan elkaar gekoppeld in het integrale informatiesysteem Ifzo. Hierin komen titel, duur vraag, aanbod, indicatiestelling, plaatsing, betaling, voortgang en resultaten samen.

89 Omdat het ministerie van VenJ de volledige verantwoordelijkheid heeft voor de forensische zorg, beschikt zij over de (unieke) mogelijkheid om de forensische populatie in beeld te brengen, te volgen, en de resultaten in termen van recidivevermindering te monitoren.

4.7 Verlening van forensische zorg door de zorgaanbieders

90 Forensische zorg wordt geleverd door een groot aantal verschillende zorgaanbieders (zie paragraaf 4.2). Deze variëren tussen zorgaanbieders die zeer intensieve zorg en beveiliging kunnen bieden of tbs, tot open woonvoorzieningen en ambulante begeleiding.

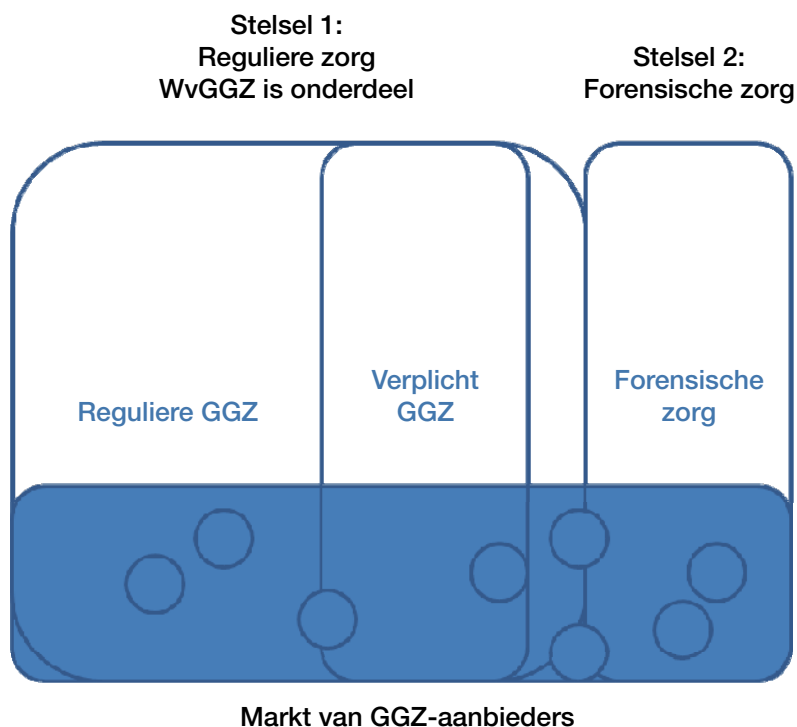
91 Sommige zorgaanbieders zijn gespecialiseerd in de forensische zorg, bijvoorbeeld omdat deze instellingen al jaren zorg leveren in het kader van tbs. Andere zorgaanbieders leveren een breed zorgpalet, dat betreft zowel klinische als ambulante zorg in regulier of forensisch kader, meestal voor een specifieke regio. Daarnaast zijn er instellingen die zich richten op specifieke doelgroepen, zoals bijvoorbeeld verslaafden of de SGLVG doelgroep en zorg leveren in zowel regulier als forensisch kader.

92 Tijdens de detentie kan, zoals eerder is beschreven, de geestelijke gezondheidszorg aan gedetineerden worden verleend door de PPC's. Daarnaast wordt GGZ geboden in speciale zorg- en behandelprogramma's die in de penitentiaire setting worden gevolgd. Deze programma's kunnen door de penitentiaire instelling zelf verzorgd worden, maar kunnen ook door reguliere GGZ-aanbieders geleverd worden binnen het gevangeniswezen als ambulante zorgprogramma's.

4.7.1 Forensisch zorgstelsel en reguliere zorgstelsel komen samen bij de zorgaanbieders

93 Vooral voor de reguliere GGZ-zorgaanbieders geldt dat de forensische zorg slechts een van de patiëntenstromen is. De reguliere GGZ die via de zorgverzekeraars (WZV) gefinancierd wordt, is een andere stroom. Daarnaast is er nog de GGZ die vanuit de AWBZ wordt bekostigd en die de langdurige behandeling van niet-forensische cliënten betreft. Ook de zorg die in een verplicht kader wordt geleverd op basis van de BOPZ - en straks de WvGGZ - wordt bekostigd vanuit de ZVW en AWBZ. Zorgaanbieders bieden dus GGZ-zorg aan hun cliënten binnen verschillende zorgstelsels (ZVW, AWBZ, Forensisch) en in een verschillend kader (vrijwillig, verplicht, strafrechtelijk)⁴.

4 Aanvullend is het ook nog mogelijk dat er financiering plaatsvindt vanuit de gemeenten voor sociale begeleiding.



Figuur 12: Zorg wordt geboden binnen verschillende zorgstelsels

94 Daarnaast bewegen de cliënten zich ook tussen de verschillende zorgstelsels of gebruiken soms zorg uit de beide zorgstelsels. Forensische zorg eindigt immers als de strafrechtelijke titel is geëindigd. Indien de zorgaanbieder en/of de justitiabele na afloop van het strafrechtelijke kader vinden/vindt dat voortzetting van de zorg nodig is, zou de zorg in principe over moeten gaan naar de reguliere GGZ en wordt bekostigd vanuit de AWBZ of via de zorgverzekering. Indien een gedwongen opname buiten het strafrechtelijk kader nodig is, is er sprake van zorg in een verplicht kader en is de WvGGZ straks van toepassing.

4.7.2 *Integrale zorgketen noodzakelijk voor continuïteit van zorg*

95 Een belangrijke constatering die door geïnterviewden wordt gedaan, is dat de zorg voor de forensische doelgroep vaak vraagt om een gedifferentieerd pakket aan voorzieningen met verschillende zorgintensiteit en verschillende beveiligingsniveaus.

96 Dit maakt het mogelijk dat een persoonsgericht en effectief behandelaanbod kan worden doorlopen en om een continue zorgketen te kunnen bieden waarbij de begeleiding steeds minder intensief wordt en de omgeving steeds minder gesloten⁵. Deze continue zorgketen speelt een belangrijke rol bij het verminderen van de recidivekans. Daarnaast wordt aan-

5 Vanuit een (sterk) beveiligde omgeving zal de cliënt doorstromen naar een minder beveiligde omgeving. Wanneer de cliënt vooruitgang boekt in zijn behandeling, zal hij langzaam steeds meer vrijheden mogen ervaren. Hieraan zijn andere begeleidingsmogelijkheden en woonomstandigheden gekoppeld.

gegeven dat de onderliggende problematiek (psychiatrie, verstandelijke beperkingen) soms ook chronisch van aard is waardoor sprake is van een langdurige vorm van zorg of begeleiding.

- 97 Het totale zorgaanbod voor de forensische doelgroep moet bestaan uit een breed pakket aan voorzieningen, zoals:
1. Gesloten opvang en crisisopvang;
 2. Beschermd verblijf, open met structuur;
 3. Maatschappelijk geïntegreerd verblijf;
 4. Begeleid wonen;
 5. Ambulante zorg.

4.7.3 Om een sluitende zorgketen te organiseren, is samenwerking tussen ketenpartners vereist

98 Er is een aantal grote (forensische) FPC's die het totale zorgaanbod kan leveren. Daarnaast is er een aantal grote reguliere GGZ-zorgaanbieders die een breed pakket aan voorzieningen kan leveren. Maar voor de meeste zorgaanbieders zal gelden dat samenwerking met andere zorgaanbieders in de keten noodzakelijk is om dit te kunnen organiseren. Daarbij geldt ook dat de reguliere GGZ bij voorkeur in de regio waar de cliënt woont wordt verzorgd, terwijl dit voor forensische zorg niet altijd gebeurt of mogelijk is.⁶

99 Op basis van de gesprekken en de informatie verkregen uit de werkbezoeken lijkt deze ketensamenwerking zich steeds meer te ontwikkelen, maar behoort nog niet overal tot de standaardwerkwijze. De grootste knelpunten in een sluitende zorgketen doen zich op dit moment voor in de doorstroom van de FPC's naar reguliere open woonvormen met lagere zorg- en beveiligingsintensiteit, klinische capaciteit voor cliënten met een intensieve zorgbehoefte en ambulante zorg. Dat heeft meerdere oorzaken.

100 Allereerst is het een probleem om voor deze cliënten financiering te krijgen. Het is niet vanzelfsprekend dat wanneer de strafrechtelijke titel is afgelopen, de vervolgzorg vanuit de ZVW gefinancierd wordt. Daarbij speelt ook mee dat bij de reguliere GGZ op dit moment vooral door zorgverzekeraars en zorgkantoren gestuurd wordt op ambulantisering, e-health en versterking van de eerste lijn, waardoor het aantal klinische plaatsen (en dus het beschikbare budget daarvoor) kleiner wordt. De GGZ lijkt daardoor (steeds) minder toegerust te zijn voor deze zware groep

Daarnaast speelt het gebrek aan kennis over de forensische doelgroep, onbekendheid met de doelgroep en negatieve reacties uit de omgeving en de angst voor mogelijke recidivering van de cliënt met daaruit volgende imagoschade spelen een rol. En ook het uitwisselen van (vertrouwelijke) patiënt informatie tussen verschillende instellingen (en vanuit verschillende juridische kaders) wordt soms als een probleem gezien.

101 In de interviews worden kennisdeling, mogelijkheid tot terugplaatsing en nazorg genoemd als belangrijke randvoorwaarden die van belang zijn om ketensamenwerking succesvol te

6 Sommige instellingen hebben zich gespecialiseerd in bepaalde type cliënten en hebben daardoor cliënten van buiten hun regio.

laten zijn. Expertise onder andere op het gebied van beveiliging en effectieve behandelingen dient gedeeld te worden. Daarnaast wordt de mogelijkheid genoemd tot ‘terugplaatsing’ en bijvoorbeeld voor opvang in crisissituaties bij verval in ‘oud’ gedrag. Ten slotte kan nazorg een belangrijke bijdrage bieden, bijvoorbeeld in de vorm van coaching van hulpverleners of tijdelijke ondersteuning in de zorgverlening met behulp van *outreaching* teams.

- 102 Ook voor (forensische) ambulante zorg is de doorstroom naar de reguliere GGZ niet altijd vanzelfsprekend. Bij reguliere GGZ is vaak sprake van een hogere *caseload* dan bij forensische ambulante zorg waardoor niet altijd de zorg kan worden geleverd die wenselijk is. Ook de kennis over het behandelen van ex-justitiabelen is soms niet of te beperkt aanwezig in de reguliere ambulante zorg.

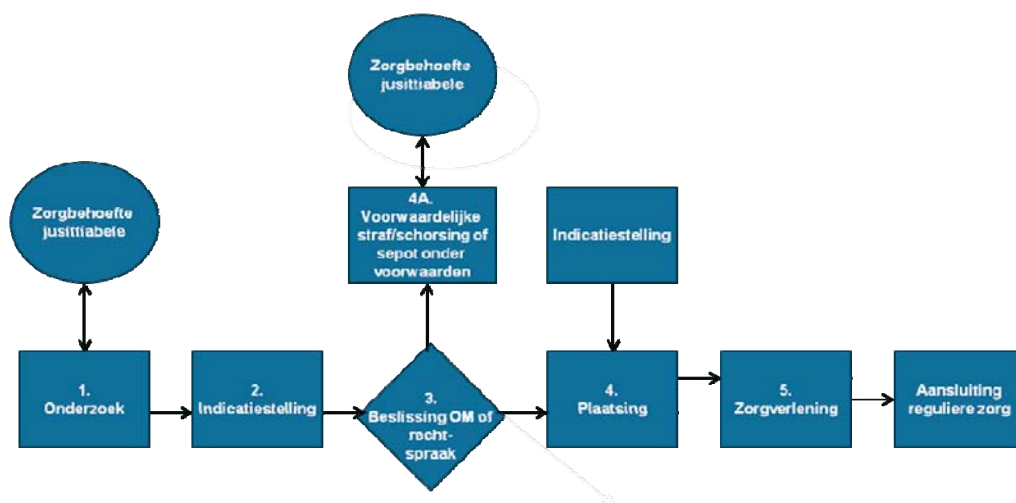
4.7.4 Financiering van de zorg vindt plaats op basis van verschillende financieringsstromen

- 103 Ook de diverse financieringsstromen komen samen bij de zorgaanbieder. De forensische zorg wordt betaald door het ministerie van VenJ in de vorm van DBBC's. Eventuele nazorg wordt grotendeels bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet op basis van DBC's. Daarnaast kan continuïteit van zorg vragen om financiering vanuit de AWBZ via ZZP's of vanuit de gemeenten op basis van de Wet op de maatschappelijke ondersteuning. Deze verschillende financieringsstromen worden door zorgaanbieders als een grote administratieve last ervaren. Deze last ontstaat door de verschillen in registratiesystemen, intensieve registratieminuten voor de DBC's en DBBC's, verschillen in verantwoording, gebruik van verschillende prestatie-indicatoren, bevoorschottingssystemen, verschillen in gedetailleerde inkoopprocedures, et cetera. Daarnaast wordt aangegeven dat er weinig kostenconformiteit wordt ervaren tussen de financieringsparameters en de feitelijke zorgkosten, waardoor veel interne substitutie moet worden toegepast. En, zoals in de vorige paragraaf al is aangegeven, het lukt bij de overgang van forensische cliënten van het forensisch naar het reguliere systeem niet altijd om te garanderen dat de financiering van de zorg afdoende gecontinueerd wordt. De combinatie van enerzijds het niet kunnen sturen van de instroom en doorstroom en daarnaast de aanwezigheid van verschillende financieringsstromen maakt het ingewikkeld om te sturen op financiële resultaten.

5. De rol van de klant

- 104 De doelgroep van de forensische zorg bestaat uit personen met psychiatrische, ernstige psychische of gedragsmatige problematiek die een strafbaar feit hebben gepleegd. Naast de strafmaatregel, die als vergelding voor het delict wordt opgelegd door de strafrechter, hebben deze personen ook zorg nodig. Daarnaast is een mate van beveiliging noodzakelijk, afhankelijk van het potentiële gevaar dat de cliënt voor zichzelf en/of de omgeving kan opleveren.
- 105 In voorgaande hoofdstukken is ingegaan op de verschillende onderdelen van het forensische zorgstelsel. In onderstaande figuur wordt het totale proces beschreven dat de cliënt doorloopt indien deze forensische zorg krijgt.

5.1 Het forensische zorgproces vanuit het perspectief van de cliënt



Figuur 13: Het forensische zorgproces gezien vanuit de klant

- 106 Onderzoek: Op verzoek van de officier van justitie (OvJ) of de rechter-commissaris (RC) of de reclassering wordt onderzoek gedaan naar de persoon van de verdachte en mogelijke diagnostiek. Indien op basis van de uitkomsten van dit onderzoek gedurende het strafproces een forensische zorgbehoefte onderkend wordt, volgt een indicatiestelling. Als dit niet het geval is, wordt er een voorwaardelijke straf zonder zorg opgelegd.
- 107 Indicatiestelling: De indicatiestelling heeft als doel de zorgbehoefte van de justitiabele en de beveiligingsnoodzaak vast te stellen. Dit gebeurt op basis van onderzoek door een van de organisaties verantwoordelijk voor de indicatiestelling. Binnen de reguliere GGZ vindt ook indicatiestelling plaats, om vast te stellen of en in welke mate een cliënt in aanmerking komt voor zorg en welk type zorg dat is. Het indicatiadvies vormt de formele machtiging om zorg te ontvangen.

- 108 Beslissing: De Rechtspraak of het OM besluit omtrent het opleggen van forensische zorg en beslist daarmee formeel of de zorg nodig is en - op geleide van de indicatiestelling - wat de inhoud van de zorg moet zijn. De zorg vindt plaats binnen een gedwongen kader in tegenstelling tot het vrijwillige karakter van de zorg in de reguliere GGZ.
- 109 Plaatsing: De cliënt wordt op basis van zijn indicatiestelling geplaatst in een zorginstelling. De cliënt heeft geen stem in de plaatsing. De instelling waar de justitiabele geplaatst wordt, wordt bepaald door DForZo. Keuzevrijheid is slechts zeer beperkt of geheel niet aan de orde. De keuze voor klinisch verblijf wordt geheel onafhankelijk van de persoon gemaakt. Bij zorg in plaats van straf wordt wel waar mogelijk in samenspraak met cliënt een keuze gemaakt. Bij de reguliere GGZ heeft de cliënt keuzevrijheid bij welke instelling de behandeling plaatsvindt.
- 110 Zorgverlening: De focus van de verlener van forensische zorg ligt in de eerste plaats op het voorkomen/verminderen van recidive. Het is onbekend in hoeverre de justitiabele inspraak heeft in de inhoud van de behandeling. Het beveiligingsniveau wordt vastgesteld door de rechterlijke macht en ligt daarmee vast. Over de behandelinhoud wordt geen rechterlijke uitspraak gedaan, deze verantwoordelijkheid ligt bij de zorgverlener. De kwaliteit van de behandeling en de mate van cliënttevredenheid speelt in de reguliere zorg een steeds grotere rol. In de forensische zorg wordt toezicht gehouden op de kwaliteit van de behandeling en de mate van beveiliging maar er worden geen periodieke metingen gehouden omtrent cliënttevredenheid. Een niet-tevreden cliënt heeft ook geen mogelijkheid om te wisselen van zorgverlener, anders dan in het reguliere GGZ-systeem.
- 111 Aansluiting reguliere zorg: De forensische zorg eindigt als de strafrechtelijke titel is geëindigd. Indien de zorgaanbieder en/of de justitiabele na afloop van het strafrechtelijke kader vinden/vindt dat voortzetting van de zorg nodig is, wordt deze voortgezet binnen de reguliere GGZ. Bekostiging zal dan plaatsvinden via de zorgverzekeraar of de AWBZ. Hiervoor is een indicatie nodig van het CIZ (bij de AWBZ) of door een wettelijke verwijzer (ZVW). Dit is het moment waar de cliënt zelf inspraak krijgt in het proces. Deze kan zelf mede besluiten of voortzetting van de behandeling wenselijk is, en waar deze voortzetting zou plaatsvinden.

5.2 Rechtspositie en belangenbehartiging

- 112 De rechtspositie van de justitiabele wordt bepaald door middel van uitzonderingsbepalingen ten aanzien van wetten die gelden voor cliënten in de reguliere zorg. Zo is de Wet klachtrecht cliënten zorgsector niet van toepassing, voor zover het klachten betreft waarvoor de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) voor de tbs-inrichtingen een eigen wettelijke klachtregeling bevat.
- 113 Voor zorgaanbieders leidt de rechtspositie van cliënten soms tot een lastige afweging. Zo zijn binnen de Forensisch Psychiatrische afdelingen en klinieken de zorgwetten van toepassing. Hierdoor zijn de mogelijkheden voor een behandelaar om mensen tijdelijk op te sluiten of af te zonderen formeel niet aanwezig terwijl dit uit het oogpunt van

orde en veiligheid wel aan de orde kan zijn. Deze mogelijkheden zijn er wel binnen de beginselenwetten van het ministerie VenJ.

- 114 De belangenbehartiging van cliënten binnen de reguliere GGZ wordt grotendeels uitgevoerd via het landelijk Platform GGZ. Dit is een koepel van 21 cliënten- en familieorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg.

Er is geen organisatie die specifiek gericht is op de belangenbehartiging van cliënten in de forensische psychiatrie. Wel vindt belangenbehartiging op meer individueel niveau plaats via de cliëntenraden van afzonderlijke instellingen en via de betrokken advocaten (uit: rapport NZa).

6. Samenvatting en conclusies

- 115 In voorgaande hoofdstukken zijn de verschillen beschreven tussen de forensische zorg en de reguliere GGZ. In dit hoofdstuk beantwoorden wij de onderzoeksvragen uit paragraaf 1.2 en gaan we in op de betekenis van de verschillen in besturingssystemen voor de effecten van de WFZ en de WvGGZ. In dit hoofdstuk wordt de volgorde van de onderzoeksvragen aangehouden, waarbij de onderzoeksvragen 4 en 5 samen aan de orde komen in paragraaf 6.4 en onderzoeksvraag 6 in paragraaf 6.5.

6.1 Het besturingsmodel in de forensische zorg: een centraal gereguleerd stelsel

- 116 De forensische zorg is een centraal gereguleerd zorgstelsel waarin een directe sturingsrelatie is vormgegeven tussen de minister en de uitvoerende partijen. De sturing en het besturingsmodel van het ministerie van VenJ zijn sterk gericht op de uitvoering van straffen en maatregelen, veiligheid en het verminderen van recidive en het kunnen waarmaken van de ministeriële verantwoordelijkheid daarin. De behoefte aan centrale sturing en organisatie maakt dat het ministerie van VenJ zelf de verantwoordelijkheid heeft genomen voor de uitvoering van een aantal cruciale rollen in het forensische zorgstelsel. Naast de verantwoordelijkheid voor de inrichting van het forensische zorgstelsel en het formuleren van het beleid, is zij tevens verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorginkoopfunctie, de indicatiestelling, de plaatsing, de financiering, de monitoring en - op onderdelen - de zorgverlening. In vergelijking met het reguliere zorgstelsel is weinig sprake van *countervailing powers*. De taken en verantwoordelijkheden zijn wel in verschillende organisatieonderdelen belegd.
- 117 Zoals ook al door de Commissie Houtman werd geconstateerd in 2005 zitten er (nog steeds) grote verschillen in de sturingssystemen zoals die door de ministeries van VenJ en het ministerie van VWS georganiseerd zijn. Het besturingssysteem van VWS gaat uit van een sterk decentraal systeem, namelijk de gedereguleerde marktwerking waarin verantwoordelijkheden zoveel mogelijk zijn neergelegd bij private uitvoerende partijen, namelijk de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de patiënten. Omdat het beleid van VWS gericht is op de verdere invoering van gereguleerde marktwerking is de verwachting dat de verschillen tussen beide stelsels verder toe zullen nemen.
- 118 Een ander belangrijk verschil is dat, in de forensische zorg de klant formeel geen partij is en er geen sprake is van vraagsturing. Daar waar in de reguliere zorg er een 'zorgtriade' aanwezig is met zorgaanbieder, zorgverzekeraar en cliënt, is de cliënt in het forensische zorgstelsel een partij zonder inspraak en keuzemogelijkheden. Het systeem is vooral een samenspel tussen het ministerie van VenJ, haar uitvoeringsorganisaties en de zorgaanbieders. Al moet wel worden opgemerkt dat de cliënt, door zijn inbreng in de rechtszitting en de eventuele diagnosefase, wel invloed kan uitoefenen op het proces.

6.2 Sturingsinstrumenten en werking

119 Het besturingsmodel van de forensische zorg is beschreven in paragraaf 1.3 en bijlage C. De sturingsinstrumenten zijn de middelen die concreet worden ingezet. In het besturingsmodel hebben we onderscheid gemaakt tussen vier categorieën van sturingsinstrumenten namelijk juridische sturingsinstrumenten, financiële sturingsinstrumenten, communicatieve sturingsinstrumenten en maatregelen met een organisatorisch karakter. De besturing van de beide stelsels laat zich typeren aan de hand van deze categorieën waarbij het primaat (welke categorie besturingsinstrumenten is meer aanwezig dan de andere) per stelsel verschilt.

6.2.1 *Beide systemen bevatten veel juridische sturingsinstrumenten*

120 In zowel het forensische zorgstelsel als in het reguliere zorgstelsel zijn de juridische sturingsinstrumenten dominant. Beide systemen worden in belangrijke mate gereguleerd door wetgeving en beleidsregels. De WFZ is voor de forensische zorg een belangrijk juridisch kader. Voor de reguliere GGZ zijn naast de WvGGZ de Zorgverzekeringswet, de Algemene wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet Marktordening Gezondheidszorg belangrijke juridische sturingsinstrumenten.

6.2.2 *Financiële sturingsinstrumenten worden in de reguliere zorg vaker toegepast*

121 In beide systemen worden financiële sturingsinstrumenten ingezet. Op macroniveau moeten begrotingen en financiële kaders in de zorg zorgen voor voldoende middelen en tegelijkertijd een beheerste groei van de uitgaven. In de reguliere zorg zijn deze financiële sturingsinstrumenten ook terug te vinden op het uitvoerende niveau waar financiële prikkels tussen zorgverzekeraars, verzekeren en zorgaanbieders in een complexe driehoeksrelatie moeten zorgen voor een doelmatige gezondheidszorg en beheerste kostenontwikkeling. In het forensische zorgsysteem spelen financiële sturingsinstrumenten ook een belangrijke rol in de afspraken tussen de DForZo en de zorgaanbieders in termen van DBBC's en volumegroei.

122 Daarnaast treffen we in de reguliere GGZ ook financiële sturingsinstrumenten aan op het individuele niveau in de vorm van eigen bijdragen die moeten leiden tot een ander gedrag met betrekking tot het gebruik van GGZ. In de forensische zorg is op individueel niveau geen sprake van individuele sturingsinstrumenten.

6.2.3 *Vraagsturing en de verantwoordelijkheid van het individu in de reguliere GGZ*

123 In de reguliere GGZ is een belangrijke rol toebedeeld aan het individu. Cliënten hebben als 'zorgvragende partij' een belangrijke rol toebedeeld gekregen in het zorgstelsel. Cliënten kiezen op de zorgmarkt voor een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder en bevorderen daarmee concurrentie en kwaliteit. Om dit vraaggestuurde beleid ook waar te kunnen maken zijn rechten van cliënten wettelijk vastgelegd, worden belangenbehartigers/patiëntenorganisaties financieel ondersteund en worden prestaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars steeds meer transparant en openbaar gemaakt. Dit moet de keuzevrijheid van cliënten vergoten en is de basis voor een vraaggestuurde zorg. In het forensische zorgsysteem is de rol van het individu beperkt en is vraagsturing vrijwel niet aan de orde.

6.2.4 *Organisatie taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden: In het reguliere zorgstelsel is meer ruimte voor deregulering*

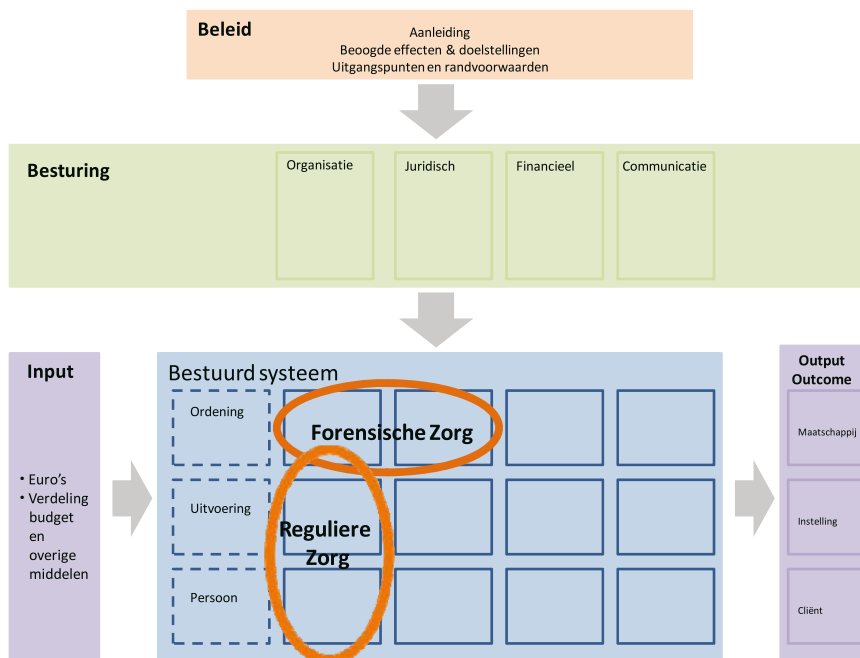
- 124 In de zorg zijn verantwoordelijkheden en uitvoerende activiteiten door de gedereguleerde marktwerking meer op afstand geplaatst van de centrale overheid en worden decentraal uitgevoerd door private organisaties (zorgverzekeraars en zorgaanbieders).
- 125 In het forensische zorgstelsel vindt zowel het ontwikkelen van beleid als de uitvoering van de zorginkoop centraal plaats. De uitvoering ligt weliswaar bij een directie van een uitvoeringsorganisatie (DJI/DForZo), maar de uitvoering vindt plaats onder directe regie en in nauwe afstemming met het ministerie van VenJ.

6.2.5 *Communicatieve sturingsinstrumenten*

- 126 Communicatieve sturingsinstrumenten hebben betrekking op lobby, inspraak, adviesaanvragen, informatie-uitwisseling, inspraak, belangenbehartiging, bestuurlijke of maatschappelijke overleggen, et cetera. Hoewel deze instrumenten in beide stelsels voorkomen, spelen deze communicatieve sturingsinstrumenten vooral in de reguliere GGZ een grote rol. In het reguliere zorgstelsel hebben deze instrumenten een belangrijke en onmisbare rol bij het betrekken van de uitvoerende private zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties bij de voorbereiding, ontwikkeling en uitvoering van beleid. Deze communicatieve sturingsinstrumenten zijn bij uitstek geschikt om in te zetten bij het ontwikkelen van een gezamenlijke visie tussen de beide stelsels (zie ook 6.5.3).

6.2.6 *Primaat in besturing verschilt*

- 127 Samengevat ligt het primaat van de sturing in het forensische zorgstelsel op centraal niveau bij de categorie juridische sturingsinstrumenten en organisatorische maatregelen. Bij de reguliere GGZ ligt het primaat van het systeem op het uitvoerende niveau waarbij taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in sterke mate zijn gedereguleerd.



Figuur 14: Verschillen in primaat van de besturing

6.3 De doelstellingen in de WFZ en WvGGZ

128 Waar in de reguliere zorg het verbeteren van het welzijn en de gezondheid van de cliënt de belangrijkste doelstelling is, speelt in de forensische zorg daarnaast vooral het beperken van criminogene factoren, een succesvolle terugkeer van de gedetineerde in de maatschappij, en daarmee het voorkomen van recidive een belangrijke rol. Het ministerie van VenJ stuurt op recidivevermindering en verwacht van zorgaanbieders dat dit het leidende uitgangspunt is in de behandeling.

6.3.1 De (potentiële) doelstellingen van de WFZ zijn deels bereikt

Er is nagenoeg voldoende capaciteit

129 Hoewel de WFZ formeel nog niet in werking is getreden, wordt in de uitvoering van de forensische zorg al sinds 2007 gehandeld als ware de wet van toepassing. Deze vernieuwing in de forensische zorg heeft daarmee ook zeker een bijdrage geleverd aan het bereiken van een van de doelstellingen van de WFZ, namelijk het (grotendeels) oplossen van de schaarste en het creëren van voldoende capaciteit. Samen met de mogelijkheid van de minister van VenJ om forensische cliënten zelf te kunnen plaatsen, is hiermee tevens een bijdrage geboden aan het plaatsen van cliënten op de juiste plek.

Kwalitatief goede forensische zorg

- 130 Er is op hoofdlijnen sturing op kwaliteit, prestaties en de juiste persoon op de juiste plaats. Het is nog wel zoeken voor de betrokken organisaties om hieraan zo concreet mogelijk handen en voeten aan te geven. De positieve uitwerking van deze sturing kan hiermee nog aan kracht winnen. Plaatsing na afloop van de titel en doorstroming na afloop van de titel is nog steeds een belangrijk aandachtspunt en soms zelfs een groot knelpunt, vooral in het geval van forensische cliënten met een zware zorg- en beveiligingsbehoefte. Zowel met zorgverzekeraars als met andere zorgaanbieders zijn hierover moeilijk afspraken te maken. Hierdoor kan het voorkomen dat een forensische cliënt niet de juiste (continuïteit van) zorg ontvangt.

De verbetering tussen de aansluiting van forensische en curatieve zorg is deels bereikt

- 131 Plaatsings- en doorstroomproblemen zijn aanwezig voor de zware en complexe groep forensische cliënten (zware beveiliging, multi-problematiek, licht verstandelijk beperkten). Voor deze groep is nog steeds sprake van suboptimale aansluiting tussen de forensische en de reguliere zorg. De WvGGZ kan belangrijke mogelijkheden bieden om hieraan beter vorm te geven.

6.3.2 De doelstellingen van de WvGGZ

- 132 De doelstellingen van de WvGGZ hebben betrekking op een betere rechtspositie van personen met een psychische stoornis, het zoveel mogelijk voorkomen van dwang en het verhogen van de kwaliteit van deze verplichte zorg. Daarnaast streeft men naar een betere rolverdeling tussen de verschillende betrokken actoren en een intensivering van het toezicht. Omdat deze studie zich vooral richtte op het forensische zorgstelsel is het in deze studie niet duidelijk geworden in hoeverre deze doelstellingen, vooruitlopend op de feitelijke invoering van de WvGGZ al (deels) zijn bereikt.

6.4 De effecten en risico's van de besturingsmodellen op de doelstellingen van de WFZ en de WvGGZ

6.4.1 Doorontwikkeling van het forensische zorgstelsel door de WFZ

- 133 Het ministerie van VenJ is in 2007 verantwoordelijk geworden voor de inkoop van forensische zorg. Mede daardoor zijn, zoals in voorgaande paragraaf is beschreven, de effecten van de WFZ nu al merkbaar in het (deels) behalen van de doelstellingen van de WFZ. Naast het behalen van deze inhoudelijke doelstellingen heeft het centraal aangestuurde forensische zorgstelsel een grote ontwikkeling doorgemaakt. Er is geïnvesteerd in kennis over de doelgroep en de zorgaanbieders van de forensische zorg, er heeft een verdere professionalisering van de inkooporganisatie plaatsgevonden en er is geïnvesteerd in voldoende capaciteit, om te kunnen voldoen aan het aantal opgelegde straffen en maatregelen waarvan forensische zorg een onderdeel is.

6.4.2 *Verschillen in dynamiek en stelsellogica bemoeilijken aansluiting tussen forensische en reguliere zorg*

- 134 Na afloop van de strafrechtelijke titel valt de zorg niet meer onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van VenJ, maar is de zorg onderdeel van het reguliere zorgstelsel. De context van het reguliere zorgstelsel is een andere dan het forensische zorgstelsel. Er wordt in het beleid van VWS in toenemende mate gestuurd op transparantie, ambulantisering en efficiëntie. In dit gedereguleerde stelsel hebben zorgverzekeraars daarnaast een eigen verantwoordelijkheid. De zorgverzekeraars hebben in het premiegefinancierde zorgstelsel de verantwoordelijkheid voor voldoende en goede zorg voor hun verzekerden én een beheerste premieontwikkeling. Zorgverzekeraars maken daarin, conform de stelsellogica van VWS, eigen individuele afwegingen.
- 135 Deze afwegingen liggen niet vanzelfsprekend in het verlengde van de beleidskeuzes van het ministerie van VenJ. Waar het ministerie van VenJ afgelopen jaren heeft geïnvesteerd in het realiseren van voldoende klinische en ambulante capaciteit is het beeld dat zorgverzekeraars sturen op beddenreductie, e-health en versterking van de eerste lijn. Uitbreiding van vooral intramurale zorg past niet in het huidige beleid en is bij verzekeraars niet of nauwelijks bespreekbaar. Daarnaast worden bezuinigingen doorgevoerd. De reguliere zorgcontext heeft daardoor een andere dynamiek dan in het forensische zorgstelsel en bemoeilijkt aansluiting tussen de reguliere en de forensische GGZ.

6.4.3 *De (wijze van) financiering wordt door zorgaanbieders als groot probleem ervaren*

- 136 De onzekerheid met betrekking tot financieringsmogelijkheden na afloop van de strafrechtelijke titel wordt op dit moment als grootste probleem gezien door zorgaanbieders, vooral als het (dure), beveiligde intramurale zorg betreft. Ook de lagere vergoeding voor de zorg na afloop van de strafrechtelijke titel wordt als probleem ervaren. Deze lagere vergoeding komt voort uit een gemiddeld lagere *caseload* van forensische ambulante zorg (de *caseload* van een forensisch ambulante behandelteam is gemiddeld lager dan de *caseload* van een regulier ambulante behandelteam) in combinatie met de huidige tarieven.

6.4.4 *Combinatie van economische en politieke ontwikkelingen kan leiden tot hogere instroom forensische doelgroep*

- 137 Het (huidige) economische en politieke klimaat is van invloed op beide stelsels. In het algemeen geldt dat er bezuinigingen zijn geformuleerd en de stellige verwachting is dat dit de komende jaren er alleen maar meer gaan worden. Het beleid is gericht op meer eigen verantwoordelijkheid, substitutie van tweede naar eerste lijn en verdergaande extramuralisering. Een directe invulling van de bezuinigingen zijn de pakketdiscussie en de eigen bijdragen in de reguliere GGZ. Het beroep op de zelfredzaamheid wordt groter met als gevolg dat degenen die dit niet kunnen mogelijkwijs in de criminaliteit belanden en/of verplichte zorg nodig hebben. Het beleid op het gebied van Veiligheid & Justitie is bovendien meer gericht op vergelding; de nadruk komt naast recidivevermindering meer te liggen op andere strafdoelen. Dit zal het aantal opgelegde straffen en maatregelen beïnvloeden. De verslechterende economische omstandigheden kunnen leiden tot een hogere instroom van de doelgroep die zorg nodig heeft. Daarnaast is echter versobering te verwachten, waardoor er kritischer gekeken zal worden naar degenen die wel/geen zorg nodig hebben gedurende een strafrechtelijke titel.

6.4.5 Succesvolle WvGGZ kan leiden tot lagere vraag forensische zorg

- 138 Als de WvGGZ goed gaat werken, dan kan dat betekenen dat de vraag naar forensische zorg lager wordt. Door betere continuïteit in de zorg en mogelijkheden voor verplichte zorg, tijdig aan te vragen als het eind van de strafrechtelijke titel nadert, om te voorkomen dat iemand in de criminaliteit belandt, zal leiden tot minder recidive en dus minder herhalingsinstroom in de strafrechtsketen en de forensische zorg.
- 139 Invoering van de eigen bijdrage in de GGZ gaat naar verwachting leiden tot meer overlast en criminaliteit van de groep cliënten die de zorg hard nodig hebben, maar de eigen bijdrage niet kunnen/willen betalen. De verplichte GGZ kan hierin wel een oplossing bieden, omdat er geen eigen bijdrage geldt als er een zorgmachtiging wordt afgegeven.

6.5 Maatregelen om risico's te voorkomen

6.5.1 Ondernemerschap van zorgaanbieders en organiseren van netwerken om de integrale zorgketen te organiseren

- 140 Het ministerie van VenJ financiert de forensische zorg en koopt alleen de zorg tijdens de strafrechtelijke titel in. De zorgbehoefte van een individuele cliënt duurt vrijwel altijd langer dan de duur van de strafrechtelijke titel of maatregel. Continuïteit van zorg is dan van ook van belang om de beoogde doelstelling van recidivevermindering te bereiken. Dit geldt overigens ook voor het effect van de behandeling *an sich*. De inspanningen die zijn geleverd zijn, gaan mogelijk (deels) verloren als er geen continuïteit van zorg wordt geboden.
- 141 Als je als zorgaanbieder forensische zorg levert aan personen met een strafrechtelijke titel, moet je je hierop voorbereiden. Zorgaanbieders dienen zich ervan bewust te zijn dat de zorgvraag niet eindigt bij het aflopen van de justitiële titel en zij de verantwoordelijkheid voor de zorgketen integraal op zich dienen te nemen. Dit betekent dat je als zorgaanbieder de mogelijkheden moet creëren om te voorzien in een zorgketen van intensieve zorg en een hoog beveiligingsniveau naar minder intensieve zorg en/of begeleiding en een laag beveiligingsniveau (de 'zorgmatrix'). Grote zorgaanbieders zijn veelal in staat een groot deel van deze 'zorgmatrix' (bijna) volledig zelf aan te bieden. Kleinere zorgaanbieders en zorgaanbieders die slechts een klein aantal forensische klanten of een specifieke doelgroep in zorg hebben zullen hiervoor samenwerkingsrelaties moeten aangaan met andere zorgaanbieders om deze keten te organiseren. In de toekomst wordt ook de rol van de gemeenten steeds belangrijker vanwege hun verantwoordelijkheid in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) en de sociale begeleiding (Wmo) en zullen betrokken moeten worden in het organiseren van deze zorgketen.

6.5.2 Ook de doelstellingen van de WvGGZ vragen om centrale regie op beschikbaarheid en continuïteit van zorg

- 142 Belangrijke randvoorwaarde om de WvGGZ succesvol te laten zijn is dat de reguliere GGZ voor de WvGGZ voldoende beschikbaarheid van capaciteit en zorg kan garanderen. Net als in de forensische zorg zijn wachtlijsten niet of in mindere mate acceptabel. Daarom zal het naar verwachting noodzakelijk zijn elementen van de forensische zorg ten behoeve van de WvGGZ te verwerken in het stelsel van de reguliere GGZ. De aard van deze zorg vraagt

om centrale regie op capaciteit en beschikbaarheid van zorg en is daardoor niet geschikt om over te laten aan meerdere private marktpartijen.

6.5.3 Regie en randvoorwaarden ministerie VenJ en VWS op de raakvlakken van de stelsels is noodzakelijk

- 143 Naast het 'ondernemerschap' dat van de zorgaanbieders mag worden verwacht, vraagt het waarborgen van continuïteit en de samenhang van zorg tussen de beide stelsels om gerichte sturing en regie vanuit het ministerie van VenJ via de zorginkoop om het organiseren van de goede randvoorwaarden, waaronder een passend financieringssysteem en passende afstemming met het ministerie van VWS.
- 144 Het zogenaamde verbindingsartikel, dat zowel is beschreven in de Memorie van toelichting op de WFZ (pagina's 12 en 13) als in de Memorie van toelichting op de WvGGZ (pagina 37), biedt de mogelijkheden voor een integrale benadering van zorg op maat (wederkerigheidsbeginsel) en biedt feitelijk de mogelijkheid om het hele palet aan zorg te bieden. Met het verbindingsartikel is de juridische basis gelegd om de continuïteit van zorg(keten) vorm te geven.
- 145 De financiering van de zorg na afloop van de titel en de afstemming van het forensische zorgstelsel en (de verplichte GGZ binnen) het stelsel van de reguliere GGZ moet wel beter georganiseerd worden. Het zijn nu twee verschillende stelsels waarin op het niveau van de ministeries van VenJ en VWS geen gezamenlijke visie is ontwikkeld en zorgverzekeraars binnen de stelsellogica van VWS hun individuele beleid voeren. Een gezamenlijke uitwerking van deze visie en de *interface* tussen beide stelsels is noodzakelijk. Dit geldt ook voor de (gezamenlijke) financiering van de overgang van het ene stelsel naar het andere stelsel. Het gezamenlijke belang voor een groep patiënten die in beide stelsels zorg gebruiken, moet hierin voorop staan. Hieraan kunnen communicatieve sturingsinstrumenten een bijdrage leveren. Vervolgens kunnen zorgaanbieders de zorgcontinuïteit beter vormgeven, waarbij - zoals eerder aangegeven - een beroep wordt gedaan op hun ondernemerschap.

6.5.4 Overweeg de GGZ zorg voor de forensische populatie buiten het stelsel van de gereguleerde marktwerking te organiseren

Al eerder is aangegeven dat de aard van de zorg in het kader van de verplichte GGZ vraagt om centrale regie op capaciteit en beschikbaarheid van zorg. Deels is dit ook van toepassing op de zorg die nodig is na afloop van de strafrechtelijke titel. Vooral voor de klinische zorg waarin ook een intensief beveiligingsniveau wordt gevraagd en zorg voor bijzondere groepen is niet vanzelfsprekend voldoende capaciteit beschikbaar. Voor individuele zorgverzekeraars is het belang van het organiseren van deze zorg ook relatief klein en qua kosten soms zelf strijdig met hun individuele beleid in de GGZ. Het is de vraag of de stelsellogica van de gereguleerde marktwerking past bij de aard van de zorg voor deze populatie. Het valt daarom te overwegen beschikbaarheid en voldoende capaciteit hiervan met behulp van een meer centrale aansturing te reguleren.

A. Literatuur

DJI, Handleiding Inkoop Forensische Zorg 2012 15 augustus 2011

DJI, Zorginkoopbeleid forensische zorg 2008-2011, DJI 2007

Interdepartementale werkgroep, Advies besturing en financiering van zorg in justitieel kader

Nederlandse Zorgautoriteit, Advies Marktordening Forensische Zorg, 2010

Significant 2010, Quick scan Forensische zorg LVB in een strafrechtelijk kader

Tweede Kamer vergaderjaar 2009-2010, 32398, nr.3, Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten,

Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 399, nr.3 Regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg)

Websites

www.dji.nl

B. Interviews en werkbezoeken

Interviews

GGD Amsterdam, mevrouw M. de Wit

GGZ Noord-Holland-Noord, mevrouw W.C.B. Hoenink, mevrouw R. Morsch,
de heer W.S. van Maaren

IGZ, mevrouw H. Buijze

IST, de heer R. Welten

NZA , mevrouw C. Peters, de heer L. Koenen

Palier, de heer C. van der Meer

Projectleider Vernieuwing Forensische zorg Ministerie van Veiligheid en Justitie, de heer J. Kox

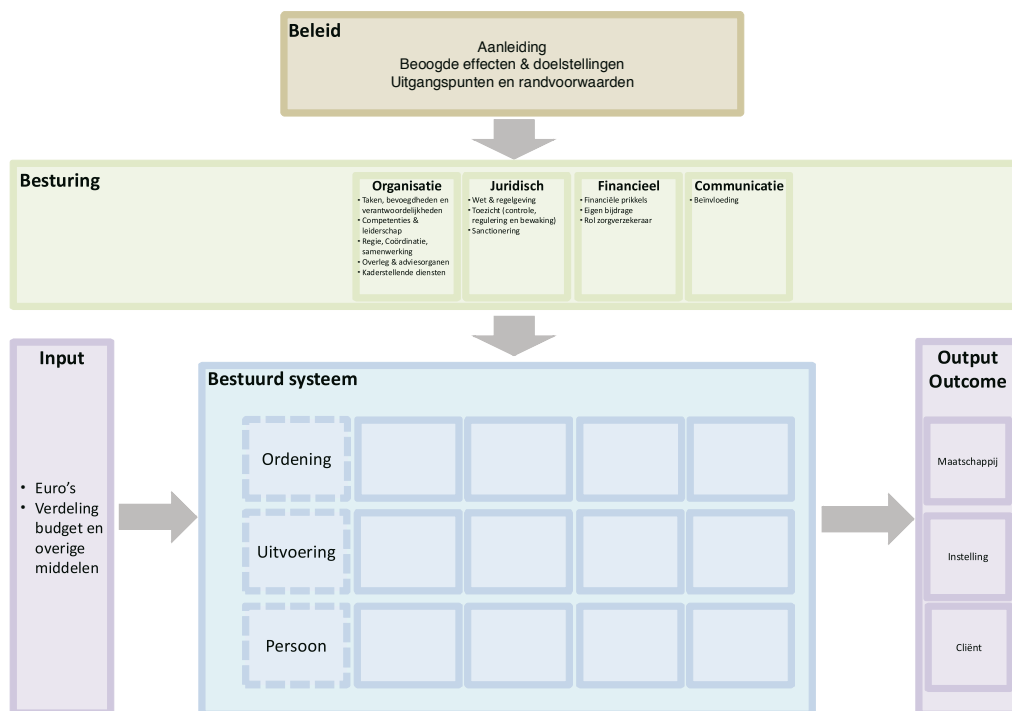
Werkbezoeken

Werkbezoek Oldenkotte / Dimence

Werkbezoek PPC Vught

C. Toelichting op het gebruikte analysemodel

- 146 Een belangrijk onderdeel van dit rapport is het beschrijven van het besturingsmodel in de forensische zorg. Hiertoe is een analysemodel opgesteld. Het analysemodel is specifiek opgesteld voor dit doel omdat er, voor zover wij hebben kunnen nagaan, in de literatuur geen analysemodellen bestaan voor het beschrijven van besturing in een publiek/privaat stelsel. Het analysemodel beschrijft kort de onderdelen van een besturingsmodel.
- 147 Onder ‘besturing’ wordt in dit rapport verstaan: het geheel van handelingen dat erop is gericht het bereiken van beoogde effecten mogelijk te maken. Het besturingsmodel (zie onderstaande figuur) is bedoeld om de besturing van systemen of organisaties te modelleren of te evalueren.



Figuur 15: Besturingsmodel

- 148 Besturing is een lastig concept, omdat het bestuurd systeem verschillende abstracties kent: van besturing op maatschappelijk niveau tot en met besturing op microniveau. Deze notitie gaat altijd uit van besturing op maatschappelijk of organisatieniveau.

C.1 Beleid

- 149 De verzameling beslissingen die erop gericht is een vraagstuk op te lossen en een bepaald effect te bewerkstelligen c.q. doelstelling te bereiken. Deze beslissingen zijn casusonafhankelijk en bedoeld om voor een langere periode werkzaam te zijn. Ook de onderbouwing van beleid is van belang: niet alleen de argumentatie zelf, maar ook de uitgangspunten en randvoorwaarden die zijn gehanteerd om de beslissingen te nemen.

C.2 Bestuurd systeem

- 150 In deze notitie is het bestuurd systeem (verder: BS) een organisatie of verzameling van organisaties die (in samenhang) activiteiten uitvoert/uitvoeren. De activiteiten van het BS zijn erop gericht output tot stand te brengen: veiligheid, winst, gezonde burgers, televisies (zie paragraaf C.4 Output/ outcome). Het BS verkeert in een bepaalde toestand. Besturing is erop gericht deze toestand:

1. Te consolideren (maatregelen te nemen die bepaalde output moeten zekerstellen);
2. Te veranderen (maatregelen te nemen die tot nieuwe of aangepaste output moeten leiden).

- 151 Binnen het BS wordt een drietal niveaus onderscheiden:

1. Ordeningsniveau: de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen en tussen de organisaties;
2. Uitvoeringsniveau: de wijze waarop de (vooral) primaire processen zijn ingericht (over de grenzen van afdelingen en organisaties heen);
3. Persoonsniveau: de wijze waarop met een individu gegeven de bovenliggende niveaus wordt omgegaan.

- 152 Besturing kan op alle drie de niveaus betrekking hebben.

C.3 Input

- 153 Het BS heeft 'brandstof' (middelen) nodig om haar werk te kunnen doen: input dus. Input kan bijvoorbeeld zijn: de noden van de gebruikers, financiële, menselijke en technologische middelen. Het reguleren van de input is een manier om het acteren van het BS te beïnvloeden.

C.4 Output/outcome

- 154 Onder output verstaan wij de 'producten' die door het bestuurd systeem worden voortgebracht. Outcome is het effect dat door output tot stand wordt gebracht en dat met het voeren van beleid werd beoogd en waar de besturing op was gericht.

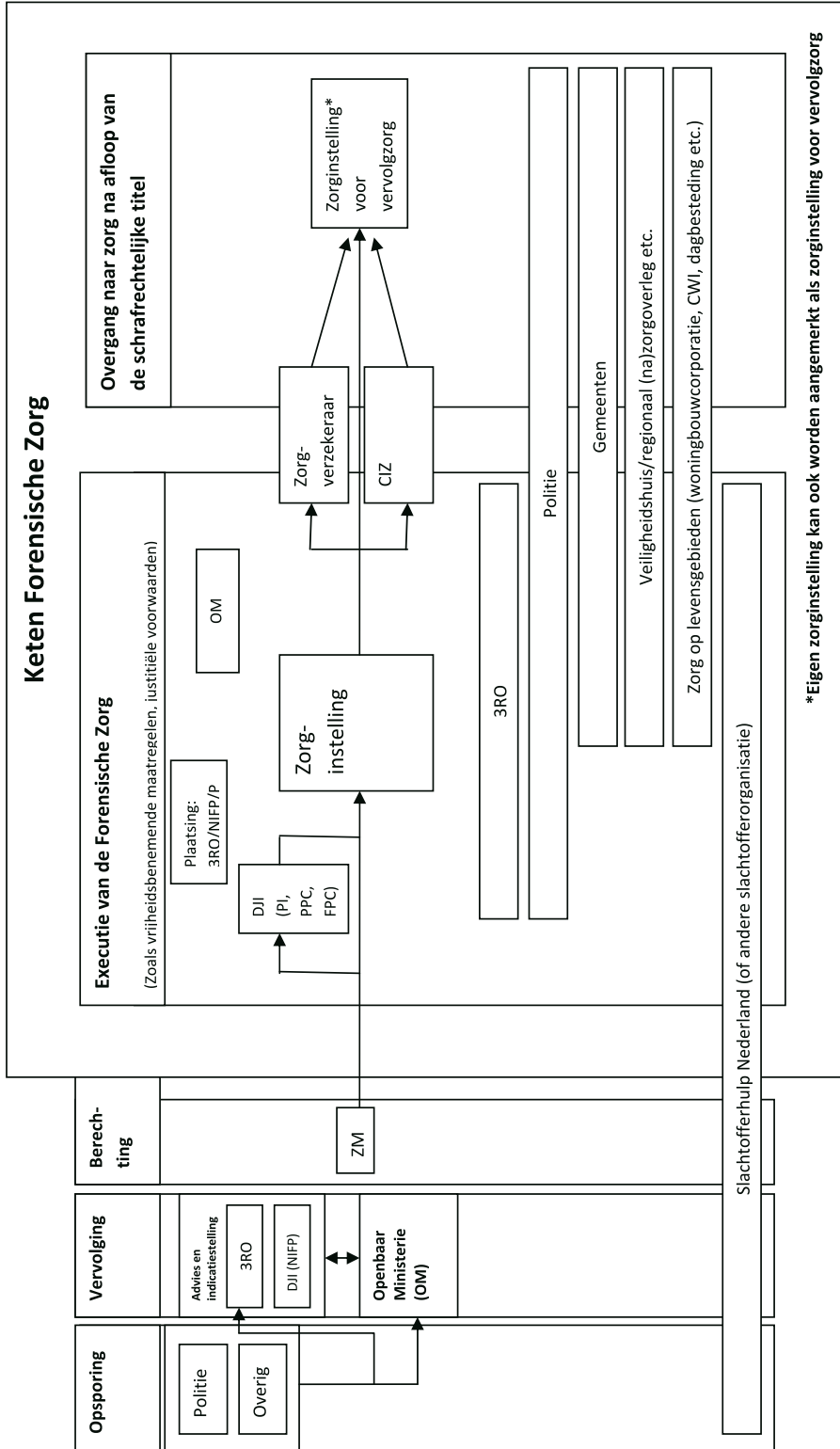
C.5 Besturing

155 Besturing is het geheel van maatregelen dat wordt genomen om het BS de door het beleid beoogde effecten te laten realiseren. Besturing kan zich richten op de input die het BS ontvangt en het BS zelf.

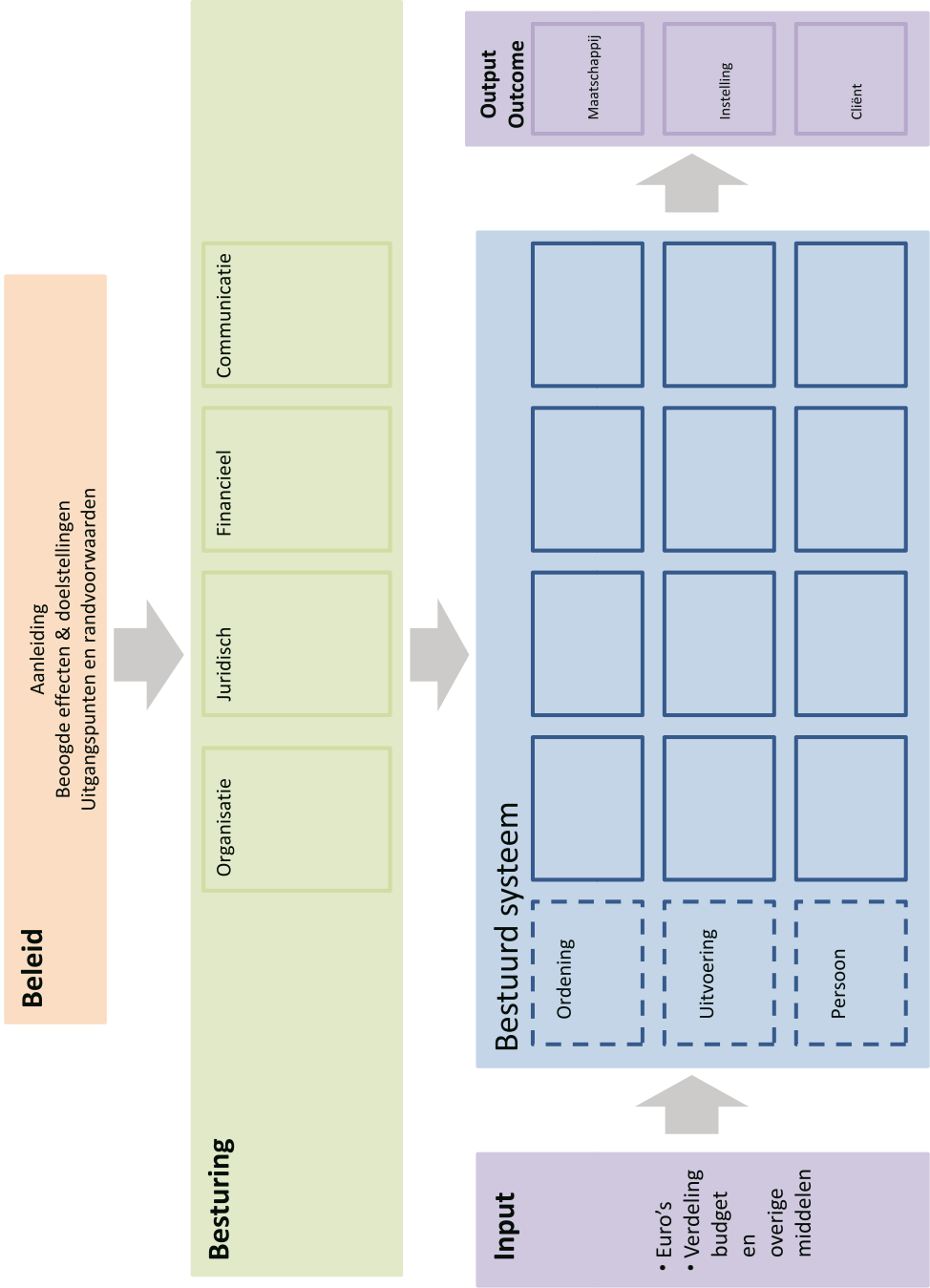
Deze maatregelen worden meestal in samenhang genomen (vaak wordt wel gesproken van een besturingsarrangement) en kunnen verschillend van aard zijn:

1. Organisatie: Maatregelen met een organisatorisch karakter zijn zeer divers en kunnen variëren van het toekennen en verdelen van bevoegd- en verantwoordelijkheden (aan functionarissen en instanties), tot het opdragen van taken, tot het versterken van competenties (door middel van opleidingen en andersoortig), tot coördinatiemechanismen, tot prestatiemeting en KPI's, tot verantwoordings- en rapportageverplichtingen;
2. Juridisch. Juridische maatregelen zijn bijvoorbeeld wetten en andere regelgeving (waaronder positieve en negatieve sancties om bepaald gedrag te stimuleren dan wel te ontmoedigen). Ook het houden van toezicht kan als een besturende maatregel worden gezien;
3. Financieel: bijvoorbeeld budgetten die ter beschikking worden gesteld, de financiering, eigen bijdragen. Ook de wijze waarop een budget is opgebouwd en restricties die daaraan worden gesteld kunnen onderdeel zijn van een besturingsarrangement;
4. Communicatie: bijvoorbeeld voorlichtingscampagnes gericht op beïnvloeding van het gedrag van vertegenwoordigers van het BS of personen op wie het BS zich richt.

D. De forensische zorgketen



Analysemodel besturing van een publiek/privaat stelsel



Overzicht publicaties RVZ

Publicaties RVZ vanaf 2008

- 12/05 Redzaam oud, zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen, april 2012
12/06 Jong over Oud, Jonge BN'ers over ouderenzorg, brochure, mei 2012
- 12/02 Delict en stoornis, mei 2012
12/03 In profiel: de doelgroepen van GGZ en Justitie (achtergrondstudie), mei 2012
12/04 Het forensische zorgstelsel, beschrijving van het besturingsmodel in de forensische zorg (achtergrondstudie), mei 2012
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
- 12/01 Werkprogramma 2012, januari 2012
- 11/08 Preventie van welvaartsziekten, december 2011
- 11/04 Medisch-specialistische zorg in 20/20, oktober 2011
Publicaties bij dit advies
11/05 - Ziekenhuislandschap 2020: Niemandland of Droomland (achtergrondstudie), oktober 2011
11/06 - Medisch-technologische ontwikkelingen zorg 20/20 (achtergrondstudie), oktober 2011
11/07 - Brochure, oktober 2011
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
Samenwerking en mededinging in de zorg (achtergrondstudie), oktober 2011
Het contracteren en bekostigen van medisch specialistische netwerken (achtergrondstudie), oktober 2011
De rol van e-Health in een veranderend ziekenhuislandschap (achtergrondstudie), oktober 2011
Demografische krimp en ziekenhuiszorg (achtergrondstudie), oktober 2011
- 11/03 Sturen op gezondheidsdoelen, juni 2011
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
Levensverwachting (achtergrondstudie), juni 2011
Pay for performance and health outcomes: Promising, not proven (achtergrondstudie), juni 2011
Sturen op uitkomsten in het primair proces (achtergrondstudie), juni 2011
Sturen op gezondheidsdoeleinden en gezondheidswinst op macroniveau (achtergrondstudie), juni 2011
- 11/02 Prikfels voor een toekomstbestendige Wmo (briefadvies), mei 2011
- 11/01 Bekwaam is bevoegd: Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg, februari 2011
Publicaties bij dit advies
Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen en nieuwe beroepen
Het Chronic Care Model in Nederland
Zorgredistributie, sturen op kwaliteit en doelmatigheid in de zorg
Samenwerken in de opleiding Geneeskunde
- 10/13 Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010

- Publicaties bij dit advies*
- 10/14 - Krant bij het advies ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010
- 10/10 Perspectief op gezondheid 20/20, september 2010
- Publicaties bij dit advies*
- 10/11 - Komt een patiënt bij zijn coach..... (achtergrondstudie behorende bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20), september 2010
- 10/12 - Veranderen met draagvlak (achtergrondstudie behorende bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20), oktober 2010
- 10/05 Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening (discussienota), april 2010
- Publicaties bij dit advies*
- 10/09 - Van zz naar gg
Acht debatten, een sprekend verhaal
- 10/08 - Moderne patiëntenzorg: Acht jaar later (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010
- 10/07 - Leefstijl en de zorgverzekering (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010
- 10/06 - Een nieuwe ordening door het naar voren schuiven van zorg (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010
- Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden*
- Van eerste lijn naar primaire gezondheidsondersteuning (achtergrondstudie), april 2010
- Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden*
- 10/04 De patiënt als sturende kracht
- 10/03 De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg
- 10/01 Gezondheid 2.0 (advies), februari 2010
- Publicaties bij dit advies*
- 10/02 - Health 2.0: It's not just about medicine and technology, it's about living your life (achtergrondstudie behorende bij het advies Gezondheid 2.0), februari 2010
- 09/14 Investeren rondom kinderen, september 2009
- 09/13 Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, januari 2010
- 09/12 Brochure Numerus Fixus, januari 2010
- 09/11 Werkprogramma 2010, november 2009
- 09/10 Steunverlening zorginstellingen (advies), juni 2009
- 09/09 Buiten de gebaande paden. Advies over Intersectoraal gezondheidsbeleid, mei 2009
- 09/08 Buiten de gebaande paden: Inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid (brochure,) mei 2009
- 09/07 Evaluatie RVZ 2004-2008, april 2009
- 09/06 Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage over veranderende verhoudingen, maart 2009
- 09/05 Tussen continuïteit en verandering. 27 adviezen van de RVZ 2003-2009, februari 2009
- 09/04 Governance en kwaliteit van zorg (advies) maart 2009

- 09/03 Werkprogramma 2009, maart 2009
- 09/02 Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik: evenwicht tussen publiek en bedrijfsbelang (debatverslag), januari 2009
- 09/01 De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met de NPCF), januari 2009
- 08/11 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg (advies), december 2008
Publicaties behorende bij dit advies
- 08/12 - Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg: achtergrondstudies, december 2008
- 08/10 Versterking voor gezinnen. Preadvies Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (Versterken van de village: preadvies over gezinnen en hun sociale omgeving) en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Zorg in familieverband: preadvies over zorgrelaties tussen generaties), september 2008
- 08/08 Schaal en zorg (advies), mei 2008
Publicaties bij dit advies
- 08/09 - Schaal en zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudies behorende bij het advies Schaal en zorg), mei 2008
- 08/05 Zorginkoop (advies), maart 2008
- 08/06 - Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie behorende bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/07 - Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie behorende bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/03 Screening en de rol van de overheid (advies), april 2008
Publicaties bij dit advies
- 08/04 - Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies (achtergrondstudie behorende bij het advies Screening en de rol van de overheid), april 2008
- 08/01 Beter zonder AWBZ? (advies), januari 2008
Publicaties bij dit advies
- 08/02 - Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorende bij het advies Beter zonder AWBZ?), januari 2008
- Sig 08/01a Publieksversie Vertrouwen in de spreekkamer, februari 2008

Publicaties CEG vanaf 2008

- Sig 12/01 De mens centraal? Ethische dilemma's bij gezondheidsbeleid met goede zorg voor dier en natuur
- Sig 10/11 Ver weg en toch dichtbij? Ethische overwegingen bij zorg op afstand
- Sig 09/11 Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden.
- Sig 09/05 Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie, mei 2009
- Sig 08/02 Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties (signalement), september 2008
- Sig 08/01 Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaandonatie in ethisch perspectief (studie in het kader van het Masterplan Orgaandonatie VWS), juni 2008



