



**kwiteit
forensische
zorg**

2019

Mind the gap

Continuïteit in de forensische zorgketen

Vivienne de Vogel
Petra Schaftenaar
Maartje Clercx

Datum van publicatie: juni 2019

Colofon

Deze publicatie/dit project is tot stand gekomen met financiële ondersteuning van het Programma KFZ. Het Programma KFZ heeft daarnaast zorg gedragen voor de inhoudelijke projectbegeleiding waarbij is gestuurd op kwaliteit, voorgangsbewaking en budgetbeheer. Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie voert namens het programma KFZ het projectmanagement.

© KFZ: Het intellectuele eigendom ligt bij de auteur(s). De auteur(s) stemt er mee in dat deze uitgave onvoorwaardelijk en zonder kosten gebruikt kan worden door alle instellingen binnen het forensische zorgveld



Forensisch Psychiatrisch Centrum

**DE
ROOYSE
WISSEL**



Inhoudsopgave

1. Samenvatting/Abstract	3
2. Voorwoord	5
3. Inleiding	6
3.1 Achtergrond	6
3.2 Doel	6
3.3 Aanpak	6
4. Deskresearch	8
4.1 Vraagstelling	8
4.2 Methode	8
4.3 Resultaten	8
4.3.1. (Inter-)nationale wetenschappelijke onderzoeken	8
4.3.2. Nederlandse programma's en projecten	9
4.3.3 Concrete initiatieven om continuïteit van zorg in Nederland te verbeteren	13
4.4 Conclusie	13
5. Enquête.....	14
5.1 Methode enquête	14
5.2 Inhoud enquête	14
5.3 Achtergrond van de respondenten.....	15
5.4 Resultaten	17
5.4.1 Ervaringen met knelpunten	17
5.4.2 Bekendheid met producten / programma's	21
5.4.3 Behoeftinventarisatie	23
5.5 Conclusie	24
6. Focusgroepen.....	25
6.1 Methode	25
6.2 Resultaten	26
6.2.1 Thematische analyse focusgroepen professionals	26
6.2.2 Thematische analyse focusgroep / interview cliënten	29
6.3 Conclusie	31
7. Discussie en aanbevelingen.....	33
7.1 Conclusies.....	33
7.1.1 Programma's bereiken de werkvloer nauwelijks	33
7.1.2 Verbeteren samenwerking is topprioriteit	33
7.1.3 Geen nieuwe instrumenten, wel meer scholing.....	34
7.1.4 Discharge planning: tijdig beginnen met het plannen van uitstroom	34
7.1.5 Oplossen van wettelijke en financiële belemmeringen onverminderd urgent ..	34

7.1.6 De menselijke benadering is cruciaal	34
7.2 Prioritering behoeften	34
7.3 Aanbevelingen KFZ-calls	35
1. Ophalen best practices en ontwikkelen ontwerp voor regionale samenwerkingsverbanden	36
2. Ontwikkelen van een handreiking voor <i>Discharge planning</i>	37
7.3.1 Voorwaarden toekomstige KFZ-calls	37
7.4 Beperkingen aan deze inventarisatie	38
Literatuurlijst	39
Bijlagen.....	41
Bijlage 1. Leden stuurgroep	42
Bijlage 2. Overzicht initiatieven om continuïteit van zorg in Nederland te verbeteren .	43
Bijlage 3. Antwoorden op open vragen enquête professionals.....	46
Bijlage 4. Informed consent focusgroep professionals	53
Bijlage 5. Informed consent focusgroep cliënten	54
Bijlage 6. Factsheet	55

1. Samenvatting/Abstract

Continuïteit in de forensische zorg versterkt beschermende structuren voor een cliënt en verkleint de kans op terugval. De afgelopen jaren zijn diverse (beleids)programma's en initiatieven ontplooid om continuïteit in de forensische zorg te verbeteren. Een belangrijke vraag is of professionals en cliënten hier voldoende mee bekend zijn en welke behoeften zij hebben om continuïteit te kunnen verbeteren.

In deze pre-call werd door middel van een deskresearch eerst in kaart gebracht wat eerder verrichte onderzoeken en verkenningen hebben opgeleverd. Hieruit bleek dat ondanks dat er veel is gepubliceerd en opgeleverd, concrete veranderingen beperkt zijn en dat initiatieven veelal een lokale of hooguit regionale reikwijdte hebben. De bestaande programma's zijn tot op heden nauwelijks geëvalueerd, waardoor we weinig kunnen zeggen over de effectiviteit ervan. Vervolgens werd met een online enquête geïnventariseerd welke knelpunten in de dagelijkse praktijk worden ervaren, en welke behoeften professionals hebben om continuïteit in het forensische veld te verbeteren. Deze enquête is door 318 respondenten volledig ingevuld. De grote meerderheid (86%) ervaart regelmatig tot altijd problemen met betrekking tot continuïteit. De drie belangrijkste knelpunten zijn: 1) het aantal beschikbare plaatsen voor doorstroom van klinisch naar ambulant of reguliere GGZ; 2) samenwerking tussen forensische en reguliere zorg; 3) beperkt aantal plaatsen voor langdurige zorg/longstay. Slechts een kwart van de respondenten is bekend met bestaande programma's en producten, en de daadwerkelijke implementatie in de dagelijkse werkwijze ervan ligt nog veel lager (4%). De top drie van behoeften van professionals is: 1) betere samenwerking; 2) meer voorzieningen/bedden (binnen beveiligde/forensische settings); 3) meer kennis van wet- en regelgeving. Betere samenwerking is een duidelijke uitschieter: 70% noemt dit als zeer belangrijk. Verder bleek dat slechts 22% behoefte heeft aan nieuw instrumentarium (33% geeft aan hier geen behoefte aan te hebben). Tot slot zijn er twee focusgroepen met professionals gehouden (7 en 8 deelnemers), een focusgroep en interview met in totaal 6 forensische cliënten. De belangrijkste thema's waren: fragmentatie van de zorg, samenwerking, scholing, communicatie en het delen van informatie. Het belang van een zorgvuldige overdracht, een tijdig plan van aanpak en goede scholing werden aangegeven als oplossingsrichtingen. Cliënten geven als duidelijke boodschap mee dat de 'menselijke aanpak' (gezien, gehoord en serieus genomen worden) essentieel is.

Na een integratie van de resultaten komen wij tot twee aanbevelingen voor toekomstige KFZ-calls: 1) Het ophalen van best practices en ontwikkelen van een ontwerp voor regionale samenwerkingsverbanden; 2) Het ontwikkelen van een handreiking voor *Discharge planning*.

Continuity in forensic mental health care: What do professionals and clients need?

Continuity in forensic care is important to strengthen protective structures around a client and decreases the risk of relapse. The past few years, several programs and initiatives have been developed in the Netherlands to improve continuity in forensic care. However, an important question is whether professionals and clients within forensic care are sufficiently aware of these programs and what they need to improve continuity.

In this pre-call, we first conducted a desk research in order to investigate what previous studies and reports have yielded so far. This desk research demonstrated that although a lot has been published about the subject, concrete changes in the forensic field are limited and most programs only have local or regional scope. Moreover, empirical evaluations have hardly been conducted so far, therefore, we cannot conclude upon the effectivity of these programs. Next, we set up an online survey in which we asked professionals about the problems and solutions they see with respect to continuity in forensic care. This survey has been fully completed by 318 professionals. The overall majority (86%) reported to experience problems in continuity on a very frequent basis. The three main problems are: 1) limited capacity for discharge from inpatient to outpatient and regular psychiatry; 2) collaboration between forensic and regular psychiatric care; 3) limited capacity for special/long care. Only a quarter of the respondents knew the existing programs and the actual implementation of these programs was even lower (4%). The top three of professionals' needs are: 1) better collaboration; 2) higher capacity/more beds; 3) more judicial and policy knowledge. Better collaboration was seen as top priority; 70% reported this to be very important. Furthermore, only 22% reported a need for new tools (33% reported to have no need at all). Finally, we conducted two focus groups with professionals (7 and 8 participants) and a focus group and interview with in total six forensic clients. Several themes could be distinguished:

fragmentation in psychiatric care, collaboration, education, communication and a timely discharge planning. The importance of adequate transfer between services, timely discharge planning and more education were introduced as solutions. In addition, clients reported that a 'human approach' (i.e., being seen, heard and taken seriously) is essential for them.

Finally, we integrated the results in order to advice upon future KFZ calls: 1) Gather best practices and develop a blueprint for regional collaboration networks; 2) the development of a guideline for discharge planning.

2. Voorwoord

Dat het thema continuïteit in de forensische zorg sterk leeft was goed merkbaar toen wij met dit project begonnen. Professionals en cliënten¹ waren zeer bereid om de problemen die zij dagelijks ervaren met ons te delen en tevens mee te denken over mogelijke oplossingen hiervoor. Het belang van continuïteit in de forensische zorg en een soepele overgang voor cliënten binnen hun traject werd steeds weer onderstreept. Door de duidelijke en gedetailleerde inbreng van deelnemende professionals en cliënten hebben wij een helder beeld kunnen krijgen van de knelpunten en behoeften in het forensische veld op het gebied van continuïteit van zorg.

Wij willen hierbij dan ook onze grote dank uitspreken aan alle professionals, ervaringsdeskundigen, en cliënten die hebben deelgenomen aan de enquête en/of de focusgroepen. Zonder hun inbreng hadden wij dit project niet kunnen uitvoeren. Wij hopen van harte dat wij met dit rapport kunnen bijdragen aan de aanzet tot nieuwe ontwikkelingen en verbeteringen rondom (de samenwerking binnen) de forensische zorgketen. Het uiteindelijke doel is uiteraard om continuïteit van zorg binnen de trajecten van forensische cliënten te bevorderen, waardoor hun resocialisatie sneller, prettiger en effectiever zal verlopen. Tevens hopen we dat hiermee het werk van professionals kan worden vergemakkelijkt.

Verder willen wij de leden van de stuurgroep hartelijk bedanken voor hun constructieve inbreng gedurende dit project. Ook danken wij de programmacommissie KFZ en het EFP, evenals het management van FPC de Rooyse Wissel en De Forensische Zorgspecialisten, voor de mogelijkheid dit project uit te mogen voeren en voor de geboden ondersteuning.

Wij hebben dit project met veel plezier en in een uitstekende onderlinge samenwerking kunnen uitvoeren.

Vivienne de Vogel
Petra Schaftenaar
Maartje Clercx

¹ Waar de term cliënt staat kan ook patiënt of bewoner e.d. gelezen worden. Voor de leesbaarheid van dit rapport kiezen wij voor gebruik van één term in het hele rapport. Hoewel klinisch forensische instellingen vaak spreken over patiënten, wordt de term cliënten vaak gebruikt in ambulante gezondheidszorginstellingen of woonvoorzieningen. De term cliënt achten wij daarom het meest passend over de gehele breedte van de (forensische) gezondheidszorgsector.

3. Inleiding

3.1 Achtergrond

Continuïteit van forensische zorg is een thema dat de laatste jaren sterk in de belangstelling staat. Wanneer de strafrechtelijke titel (bijna of voorwaardelijk) afloopt is het essentieel dat er een soepele overgang is naar eventuele vervolgvoorzieningen en/of maatschappelijke re-integratie door middel van goede huisvesting, werk en sociale inbedding. Gezien de complexiteit van de forensische doelgroep is continue zorg en begeleiding na forensische behandeling vaak essentieel om terugval in delicten, (zelf)destructief, of overlastgevend gedrag te voorkomen. Meer in het algemeen wordt het belang van continuïteit in de geestelijke gezondheidszorg wereldwijd erkend (zie WHO, 2001) en het past ook in de thans heersende rehabilitatie theorieën, zoals het *Risk Need Responsivity model* (Bonta & Andrews, 2017) en het *Good Lives model* (Ward & Brown, 2004). Voor meer informatie over rehabilitatie theorieën verwijzen we de geïnteresseerde lezer naar Birgden (2008).

De afgelopen jaren is gebleken dat er - ondanks goede intenties - veelal sprake is van gebrekkige doorstroom en discontinuïteit in de keten. Knelpunten zijn grofweg onder te verdelen in problemen op gebied van wet- en regelgeving, bekostiging en in moeilijkheden in (het organiseren van) samenwerking (De Vogel, 2018). Wanneer een (ex) forensische cliënt doorstroomt naar maatschappelijke opvang of een beschermende woonvorm krijgt hij/zij met een veelheid aan instellingen te maken en er blijkt regelmatig onduidelijkheid te bestaan over de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Er zijn de afgelopen jaren diverse beleidsstukken en handreikingen opgeleverd en meerdere initiatieven ter verbetering van continuïteit ontplooid (zie verder Hoofdstuk 4). Er is echter nog maar weinig bekend in hoeverre deze producten in de dagelijkse praktijk bekend zijn, daadwerkelijk worden benut en hoe effectief de initiatieven zijn. In deze programma's hebben professionals en cliënten vaak ook zelf input kunnen leveren, maar het valt op dat veel stukken vooral vanuit beleidsperspectief zijn geformuleerd. Een relevante vraag is dan ook waar professionals en cliënten in de forensische keten zelf knelpunten ervaren, of de bestaande programma's hen hierbij kunnen helpen en welke behoeften zij hebben om continuïteit in de keten te verbeteren.

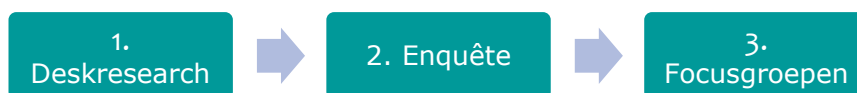
3.2 Doel

Het doel van dit project is een inventarisatie en prioritering op te leveren van de behoeften van professionals en cliënten ten aanzien van het thema continuïteit van zorg. Deze behoefte-inventarisatie dient suggesties voor onderzoek en productontwikkeling op te leveren die bijdragen aan de kwaliteit van de forensische zorg.

3.3 Aanpak

Eerst wordt in kaart gebracht wat eerder verrichte onderzoeken en verkenningen hebben opgeleverd en van daaruit wordt verder geïnventariseerd wat er specifiek voor het forensische veld nodig is.

In dit project zijn drie onderzoeksmethodes te onderscheiden, die opeenvolgend zijn toegepast:



Deskresearch. In de deskresearch wordt in kaart gebracht wat eerder verrichte onderzoeken en verkenningen op het gebied van continuïteit in de forensische zorgketen hebben opgeleverd en welke initiatieven er landelijk ontplooid zijn. Hierbij wordt ook de voor handen zijnde literatuur betrokken².

Enquête. In deze online enquête wordt geïnventariseerd hoe bekend men is met de in de deskresearch gevonden kennis en wat er specifiek voor het forensische veld nodig is. De enquête wordt breed uitgezet onder professionals werkzaam in de forensische zorgketen.

² Een systematische review van de literatuur past niet binnen het tijdsbestek en de opdracht van dit onderzoek. Ten behoeve van de leesbaarheid noemen we het in het gehele rapport een deskresearch, maar strikt genomen is het een literatuur- en deskresearch.

Focusgroepen. In de focusgroepen worden de belangrijkste thema's die naar voren zijn gekomen in de deskresearch en de enquêtes verder uitgediept. Er worden twee focusgroepen met professionals georganiseerd en twee focusgroepen met cliënten.

Leeswijzer

In de navolgende hoofdstukken (4, 5, 6) worden de drie afzonderlijke fases beschreven wat betreft methode, resultaten en conclusies. Tot slot zal in het laatste hoofdstuk (7) een integratieve analyse worden gemaakt en gekaderde prioriteiten en concrete aanbevelingen voor toekomstige KFZ calls worden geboden.

4. Deskresearch

4.1 Vraagstelling

De deskresearch (inclusief een beperkt literatuuronderzoek) is uitgevoerd aan de hand van de volgende hoofdvraag:

'Wat is bekend over (problemen op het gebied van) continuïteit (van zorg) in de forensische zorgketen voor volwassen daders?'

De hoofdvraag is uitgewerkt in de volgende deelvragen:

- Zijn er (inter-)nationale relevante wetenschappelijke onderzoeken of uitkomsten betreffende continuïteit van zorg in de forensische zorgketen die relevantie hebben voor de Nederlandse context?
- Wat is er reeds gepubliceerd (op het gebied van onderzoek en/of beleid) en welke conclusies en aanbevelingen worden hierbij geformuleerd?
- Welke initiatieven zijn er op gebied van continuïteit van zorg in de forensische keten om de problematiek te verminderen? Zijn er evaluaties van deze initiatieven bekend en zo ja, wat zijn de resultaten?

Deze deelvragen worden in respectievelijk 4.3.1, 4.3.2 en 4.3.3 besproken.

4.2 Methode

Bij een deskresearch worden secundaire (of tertiaire), feitelijke en praktische bestaande gegevens verzameld (Van Veen & Westerkamp, 2011). Hiervoor is de volgende procedure gehanteerd. Eerst is het onderzoeksteam in gezamenlijk overleg tot kernwoorden gekomen voor het literatuuronderzoek op basis waarvan gezocht is. Deze kernwoorden zijn: continuïteit van zorg, forensisch, draaideur, recidive en nazorg + forensisch. In het Engels: continuity of care, revolving door, aftercare, aftercare planning, recidivism + forensic.

Vervolgens is voor de deskresearch gezocht in zoveel mogelijk relevante bronnen, waarbij in ieder geval zijn meegenomen: de website van het programma Continuïteit van Zorg, de website van het programma Personen met verward gedrag, de website van het EFP, de website van het programma KFZ, de website van het WODC, Google Scholar, PsychInfo, Researchgate en materiaal waar de onderzoekers toegang tot hebben. Ook aan de leden van de stuurgroep is gevraagd om bij hen bekende informatie aan te leveren voor deze deskresearch. Die oproep heeft extra materiaal opgeleverd vanuit het Veiligheidshuis. Aan de hand van de opgestelde onderzoeksvragen zijn de verzamelde gegevens vervolgens verwerkt.

4.3 Resultaten

4.3.1. (Inter-)nationale wetenschappelijke onderzoeken

Continuïteit van zorg staat als thema in de belangstelling. Onderzoek naar het thema heeft vooral plaatsgevonden in de geestelijke gezondheidszorg en minder in de forensische zorg.

De transitie tussen voorzieningen is een risicovolle stap voor cliënten, blijkt uit onderzoek (Botha et al., 2009; Murphy, Irving, Adams, & Driver, 2012). Naast een instabiliteit van de psychische conditie, wordt een scala aan praktische en emotionele problemen beschreven, zoals huisvesting, financiële problemen, maar ook gebrek aan sociale relaties en verwaarlozing (Couturier, Maue, & McVey, 2005; Davis, Fallon, Vogel, & Teachout, 2008; Schaftenaar & Baart, 2017). In zijn boek ('Toon W. is hersteld') geeft ervaringsdeskundige Toon een ander probleem aan: 'Ik vind dat de nazorg niet goed aansluit. Er was en is nog steeds niet genoeg doorstroming. Bij de achterdeur (...) is het nog niet goed geregeld. Dan komen mensen vrij en zien ze in de schottencultuur van de hulpverlening door de bomen het bos niet meer. (...) ze worden van het kastje naar de muur gestuurd.' (Otten, 2015, p. 110-111). Daarbij zien cliënten in toenemende mate een scala aan hulpverleners van verschillende organisaties en op verschillende plaatsen. Dit leidt tot fragmentatie van zorg (Haggerty et al. 2003; Van Outheden & Schaftenaar, 2016) en onderstreept het belang van continuïteit van zorg.

Het effect van continuïteit van zorg

Er is beperkt onderzoek gedaan naar het effect van continuïteit van zorg. Een Canadese studie onder zorgontvangers met een ernstige psychiatrische aandoening laat zien dat succesvolle continuïteit van zorg geassocieerd wordt met een betere kwaliteit van leven (algemeen en ziekte-specifiek), beter maatschappelijk functioneren, grotere tevredenheid over de zorg en vermindering

van de ernst van de symptomen van de ziekte (Adair et al., 2005). Ook uit de systematische review naar continuïteit van zorg bij psychiatrische cliënten van Cabana en Jee (2004) blijkt dat continuïteit van zorg bijdraagt aan het verbeteren van de uitkomsten van de cliënt. Wimberly, Hyatt en McKay (2018) vonden dat telefonisch contact toegevoegd aan intensieve ambulante zorg voor mensen met cocaïneafhankelijkheid en delicten, leidde tot minder veroordelingen (odds-ratio 0.46) in een follow-up periode van vier jaar. Er is slechts beperkt onderzoek gedaan naar de effectiviteit van forensische nazorg (een vorm van continuïteit van zorg). Uit het onderzoek van Schaftenaar (2018): 'Schubert, Mulvey, Loughran en Losoya (2012) vonden in onderzoek naar jongvolwassen daders dat begeleiding na behandeling zeer belangrijk is om terugkeer in het justitiële systeem te voorkomen, en begeleiding de kans daarop ook verkleint. Toezicht na behandeling van terbeschikkinggestelden draagt bij aan behoud van kennis over de cliënt, vroegsignalering, continuïteit, geleidelijke afbouw en aan een verminderd risico van recidive (Harte, Kalmthout, & Knüppe, 2010). Uit een meta-analyse van James et al. (2013) naar nazorgprogramma's onder jeugdige en jongvolwassenen daders, blijkt dat voor deze groep het overall effect niet groot is (maar wel positief).' (Schaftenaar & Baart, 2017, p. 129).

Voorwaarden voor continuïteit van zorg

Voor een evaluatie van continuïteit van zorg na detentie deden Goedvolk en Walberg (2013) een internationale literatuurstudie. Zij vonden vijf criteria die belangrijk zijn voor continuïteit van zorg: screening bij binnenkomst in de PI, het opstellen van een nazorgplan, het bieden van zorg tijdens detentie, een overdracht (hiervan is geen verdere concretisering gegeven) naar zorginstelling en financieringsvormen en indicatiestelling. Uit een review van de psychiatrische literatuur over 21 jaar vonden Nurjannah, Mills, Usher en Park (2013) dat (effectieve) communicatie tussen professionals, zorgontvangers en hun families het belangrijkste in de fase voorafgaand aan het ontslag (discharge planning) was.

Continuïteit van zorg is dus essentieel, maar lijkt niet alleen te gaan over een juiste overdracht op het juiste moment naar een volgende zorgverlener. Het zou al moeten beginnen tijdens de lopende behandeling in de vorm discharge planning, of uitgevoerd moeten worden door een team vanuit de verwijzende instantie (Davis et al., 2008).

Voor continuïteit van zorg is het niet voldoende dat programma's of processen ontwikkeld of beschreven worden, vonden Haggerty et al. (2003, p. 1221): 'Processes designed to improve continuity— for example, care pathways and case management—do not themselves equate to continuity. For continuity to exist, care must be experienced as connected and coherent'.

Tot slot

De resultaten uit deze korte search in (inter)nationale wetenschappelijke literatuur zijn waardevol omdat ze een beeld schetsen hoe het thema continuïteit van zorg ook in andere landen een onderwerp van onderzoek en beleid is. Echter, één op één vertaling naar de Nederlandse situatie is niet altijd passend en veel van bovenstaand onderzoek, met name de reviews, betreft de reguliere geestelijke gezondheidszorg en niet de forensische ggz.

4.3.2. Nederlandse programma's en projecten

Het geven van een uitputtend overzicht van de programma's en projecten op gebied van de (problemen rondom) continuïteit van forensische zorg naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg is welhaast onmogelijk binnen het huidige kader en tijdsbestek. De afgelopen jaren heeft het thema zo sterk in de belangstelling gestaan, dat er ontzettend veel documenten, rapporten en beleidsnotities over geschreven zijn. De belangrijkste initiatieven hebben plaatsgevonden vanuit het programma 'Continuïteit van Zorg' dat liep van 1 januari 2016 tot 1 juli 2017. Dit programma bracht in juni 2017 de 'Eindrapportage Continuïteit van Zorg' uit (Ten Kate, 2017), waarin verslag is gedaan van het programma. Een andere belangrijke leverancier van beleid omtrent continuïteit van zorg is het programma 'Personen met Verward Gedrag'. Deze programma's werk(t)en met elkaar samen, zo wordt uitgelegd op de website van het programma Continuïteit van zorg (www.continuiteitvanzorg.nl/informatie): 'Het programma continuïteit van zorg heeft raakvlakken met het aanjaagteam (vanaf oktober 2016 Schakelteam genoemd) Verwarde Personen. De doelgroepen van beide programma's vertonen enige overlap, waarbij het programma continuïteit van zorg verdieping brengt in twee van de door het aanjaagteam gedefinieerde groepen. Beide programma's werken aan het vormen van een sluitende keten op persoonsniveau (casus) en op beleidsniveau. Beide trajecten worden daarom in onderlinge afstemming uitgevoerd'.

Hieronder noemen we de veel gebruikte documenten, de gesignaleerde problemen, beleidsdocumenten en de uitkomsten/voorstellen tot oplossingen. De documentatie is geclusterd

per programma en daarbinnen opgenomen op alfabetische volgorde, op basis van het eerste woord van de titel van het document.

Programma Continuïteit van zorg

Bekostiging en regelgeving van aansluitende zorg voor cliënten na de strafrechtelijke titelperiode (Programma Continuïteit van zorg, mei 2017a)

Dit document geeft een overzicht van de verschillende voorzieningen en de bekostiging die daarbij hoort. Hiermee wordt beoogd de bekendheid met de regelgeving rond bekostiging (rechtmatigheid) te vergroten en cliënten, mede daardoor, beter toe te leiden naar passende zorg die betaald wordt door de juiste financier. Het document geeft zowel inzicht in forensische zorg met een strafrechtelijke titel, als forensische zorg zonder strafrechtelijke titel voor volwassenen (personen die ouder zijn dan 18 jaar). Per categorie wordt weergegeven welke zorg de cliënt krijgt, welk beveiligingsniveau geldt, welke wet- en regelgeving geldt, hoe de indicatie en toegang geregeld is en hoe de zorg wordt gefinancierd. Het overzichtsdokument van knelpunten, oplossingsrichtingen en concrete uitwerkingen in de bekostiging van aansluitende zorg voor cliënten na de strafrechtelijke titelperiode hoort bij dit document.

Continuïteit van zorg. Wegwijzer naar een veilige zorgketen voor cliënt, naaste, organisatie en maatschappij (Eindrapportage Programma Continuïteit van zorg, Ten Kate, 2017)

In deze eindrapportage van het programma Continuïteit van Zorg wordt een overzicht geschetst van de verschillende fasen van het project. De resultaten worden concreet weergegeven, in een tabel, gekoppeld aan de opgestelde knelpunten. De tabel is hieronder opgenomen. Ook worden concrete adviezen geformuleerd.

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

Afbeelding 4.1: Samenhang ervaren probleemgebieden en resultaten programma Continuïteit van zorg. Overgenomen uit: Ten Kate, 2017, p. 11.

Handreiking voor professionals (Programma Continuïteit van zorg, 2017b)

De handreiking voor professionals is bedoeld om professionals bij individuele casuïstiek te ondersteunen en geeft een 'handelingskader' waar de professional rekening mee dient te houden op gebied van zorg- en beveiligingsbehoefte, communicatie, systeem, administratie, overleg en op- en afschaling van zorg. Ook geeft het een overzicht van de verschillende zorgstelsels en bijbehorende verantwoordelijkheden.

Onderzoek naar de beletselen in de continuïteit van zorg voor mensen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die geen juridische titel (meer) hebben (Programma Continuïteit van zorg, uitgevoerd door AEF, 2017)

In dit onderzoek zijn 26 beletselen geïnventariseerd. De onderzoekers stellen dat voor een deel van deze beletselen al maatregelen zijn genomen 'zoals invoering van wetgeving (...) en andere maatregelen die door ketenpartijen en overheid al zijn ingezet' (AEF, 2017, p. 3). Drie 'cruciale beletselen' blijven over:

- 1) Problemen bij de toegang tot beveiligde zorg zonder strafrechtelijke titel
- 2) Het ontbreken van een levensloopfunctie voor deze cliënten
- 3) Doorstroomproblemen naar woonvoorzieningen en ambulante zorg.

Het rapport geeft vervolgens aanbevelingen om deze problemen op te lossen. Een deel hiervan is ook gedaan: de ketenveldnorm is het beleidsmatige antwoord op het beletsel 'het ontbreken van een levensloopfunctie'.

Overzichtsdocument van knelpunten, oplossingsrichtingen en concrete uitwerkingen in de bekostiging van aansluitende zorg voor cliënten na de strafrechtelijke titelperiode (Continuïteit van zorg, 2017c)

In dit document worden 24 knelpunten in de bekostiging van zorg beschreven, van oplossingsrichtingen voorzien en er wordt per knelpunt een concrete uitwerking voorgesteld. Per knelpunt zijn zogenoemde kartrekkers aangewezen die hiermee aan de slag moeten. De kartrekkers worden niet benoemd. Ook wordt geen termijn vermeld waarop aan de knelpunten gewerkt zou moeten zijn.

Rake Vlakken, harmoniseren indicatiestellingen Zvw, Wmo, Wlz en forensische zorg (2016, in opdracht van meerjarenafspraken forensische zorg 2013-2017, VGN, Ministerie van Veiligheid en Justitie en GGZ-Nederland)

In dit rapport wordt een specifieke aanpak beschreven om te voorkomen dat cliënten - die zich bevinden op de grensvlakken van de stelsels - tussen wal en schip vallen. Hierbij wordt een andere manier van indiceren gebruikt: een manier waarbij de cliënt centraal staat, los van de stelsels waar vanuit bekostiging plaatsvindt. In het rapport wordt voorgesteld om een dergelijke werkwijze met behulp van regionale indicatiecommissies in een tweetal pilots te testen en door te ontwikkelen. De twee pilots liepen af in januari 2018. Van de pilot indicatiestelling in Rotterdam is een evaluatie beschikbaar (zie *Concrete initiatieven om continuïteit van zorg in Nederland te verbeteren*).

Samen naar betere zorg voor mensen met (potentieel) gevaarlijk gedrag als gevolg van een psychische stoornis en/of een verstandelijke beperking. Ketenveldnorm voor de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg (Programma Continuïteit van zorg, AEF, 2018 – eerste werkversie juni 2018)

Het doel van de ketenveldnorm is dat cliënten niet tussen wal en schip vallen wanneer zij worden overgedragen tussen, of gebruik maken van meerdere zorgverleners. De organisatie van de zorg vraagt om een sluitende aanpak van professionals, zorgorganisaties, financiers en toezichthouders, zoveel mogelijk samen met de cliënt en zijn of haar naasten. In dit voorstel vormen ambulante zorg en klinische zorg samen de levensloopfunctie. De ambulante zorg biedt continuïteit van zorg vanuit één ambulant werkend levensloopteam, met continuïteit van zorg op alle levensgebieden, gericht op herstel en op monitoring en signalering van risico's. De inschatting is dat het landelijk gaat om circa 2000 tot 3000 cliënten die (in een bepaalde fase van hun leven) korter of langer durend overlast veroorzaken (nieuwsbrief 3 website Continuïteit van Zorg, februari 2019). De beveiligde intensieve zorg is gericht op herstel, maar met forensische expertise en een hoge materiële beveiliging. Zodra het verantwoord is wordt de levensloopfunctie weer ambulant voortgezet. Het voorstel is dit regionaal te organiseren: in elke regio zou er één aanbieder moeten zijn met een levensloopteam, die nauw samenwerkt met andere aanbieders (ggz, forensische zorg, lvb, verslavingszorg, sociaal domein). Het streven is deze ketenveldnorm geïmplementeerd te hebben op 1 januari 2020. Voorafgaand hieraan zijn in januari 2019 pilots in vier regio's (Limburg, Midden-Nederland, Overijssel en Oost-Brabant) gestart (zie voor meer informatie www.continuiteitvanzorg.nl/nieuwsbrief-ketenveldnorm/).

Programma Personen met verward gedrag

Handelingsperspectief Zorg en Veiligheid, sturen en verbinden om complexe casuïstiek in de samenleving aan te pakken (Programma Personen met verward gedrag, VNG, 2018)

Met als basis de thema's beleidskracht, regiekracht, samenwerkingskracht en organisatiekracht geeft dit document, bedoeld voor bestuurders van gemeenten, handvatten om zorg en veiligheid te verbinden. Er worden concrete richtingen gegeven wat bestuurders kunnen doen aan zorg en preventie vanuit de WMO, het Zorg- en Veiligheidshuis, de GGD en de 'aanpak personen met

verward gedrag'. Jeugd en Openbare orde en Veiligheid (samenwerking in de lokale driehoek en nazorg ex-gedetineerden en re-integratie) krijgen apart aandacht.

Overige relevante publicaties Programma Personen met verward gedrag

In onderstaande afbeelding staat een overzicht van de publicaties van het Programma Personen met verward gedrag op gebied van passende zorg, wonen en informatiedeling: thema's die betrekking hebben op continuïteit van zorg.

PASSENDE ZORG, WONEN, INFORMATIEDELING		
Passende zorg	Wonen	Informatiedeling
Onderhandelaarsakkoord geestelijke gezondheidszorg (2019-2022) Zorgwetten sinds 2015 in eenvoudige taal (handreiking, Kansplus) Continuïteit van zorg (wegwijzer) Passende ondersteuning, zorg en straf I verdieping bouwsteen 8 (nieuwsbrief, mei 2017) Onverzekerden (handreiking GGD, GHOR, VNG) Wie is verantwoordelijk voor organisatie en financiering van zorg en ondersteuning (Zorginstituut)	Meerjarenagenda beschermd wonen en maatschappelijke opvang (download, Rijksoverheid) Aan de slag met Weer thuis in de wijk (resultaten en factsheets, Platform31) Wet aanpak woonoverlast (factsheet, model AVP, FAQ) Landelijke toegankelijkheid maatschappelijke opvang en beschermd wonen (factsheet) Van beschermd wonen naar een beschermd thuis (rapport cie. Dannenberg) Inschrijven BRP op een briefadres (handreiking, stappenplan)	AVG-Helpdesk voor Zorg en Welzijn (factsheet) Modelconvenant en protocol voor de zorg- en veiligheidshuizen (nieuwsbericht en downloads) Gegevensuitwisseling in het zorg- en veiligheidsdomein (juridisch handvat voor veiligheidshuizen) Informatievoorziening I verdieping bouwsteen 9 (nieuwsbrief, juli 2017)

Afbeelding 4.2: Overzicht publicaties passende zorg, wonen en informatiedeling, Programma Personen met verward gedrag, <https://vng.nl/personen-met-verward-gedrag/publicaties>, 12 september 2018

Eindrapportage schakelteam personen met verward gedrag: Op weg naar een persoonsgerichte aanpak (september 2018)

In september 2018 publiceerde het schakelteam voor personen met verward gedrag haar eindrapportage. Hierin wordt ingegaan op de bereikte doelen en ontwikkelingen. In onderstaande afbeelding wordt weergegeven welke uitdagingen er voor ketenpartners de komende jaren blijven. Uit het overzicht blijkt dat de belangrijkste uitdaging de continuïteit van samenwerking tussen partners is, oftewel de uitdaging die het onderwerp van deze pre-call betreft.



Afbeelding 4.3: Uitdagingen ketenpartners schakelteam personen met verward gedrag, <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/publicaties/op-naar-een-persoonsgerichte-aanpak-schakelteam-personen-met-verward-gedrag>, 27 september 2018

Overige Stukken

Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018-2021 (Federatie Opvang, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, GGZ-Nederland/RIBW Alliantie, Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2018)

Deze overeenkomst is bedoeld om afspraken te maken om de veiligheid en kwaliteit van forensische zorg in de sector buiten de forensische behandelinstellingen op peil te brengen. Continuïteit van zorg is een belangrijk speerpunt. Gesteld wordt dat: 'CvZ is van belang zowel voorafgaand aan, als tijdens, als aansluitend op detentie of een andere straf of maatregel. Voor het overgrote deel van de mensen die in aanraking komen met het strafrecht vormt de periode dat deze straf of maatregel van toepassing is een tijdelijke fase in hun leven. Forensische zorg is vaak onderdeel van een langer zorgtraject, waarbij het voor blijvende recidivevermindering van belang is dat de aansluitingen op de andere domeinen goed geregeld zijn. (...) De afspraken en aanbevelingen die voortkomen uit het programma CvZ worden actief opgepakt en geïmplementeerd met als doel betere aansluiting van zorg tussen instellingen:

- Implementatie van de veldnorm intensieve beveiligde zorg, met ondersteuning voor de pilotregio's vanuit het ministerie van Justitie en Veiligheid en VWS
- Continueren van experimenten met doorzorgfunctionarissen³ vanuit het gevangeniswezen
- Pilots rond de integrale levensloopbenadering
- Projecten in het kader van het programma Koers en Kansen
- Betere aansluiting op de zorg die wordt verleend in het sociaal domein (WMO) of in de WLZ
- Voortzetten van de pilots met een Volledig pakket Thuis (VPT) in de forensische zorg
- Onderzoek Forensisch Beschermd Wonen' (Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018-2021, p. 13)'

Koers en Kansen

Het programma Koers en Kansen startte in 2015 vanuit het Ministerie van Justitie en Veiligheid en richt zich op samenwerking tussen justitie, zorg en gemeenten om in concrete projecten de sanctie-uitvoering te vernieuwen en recidive te verminderen. 'Deze samenwerking is nodig, omdat de oplossing niet alleen binnen de straf ligt. (...) Er is simpelweg onvoldoende tijd om de oorzaken van recidive (schulden, geen huisvesting of werk, psychiatrische stoornissen, licht verstandelijke beperking en/of gezinsproblematiek) weg te nemen. Daar hebben we onze partners voor nodig: de zorg, het onderwijs, gemeenten, vrijwilligers en werkgevers. Zij kunnen voor, tijdens en na de straf met hun expertise en interventies terugval voorkomen' (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2018). Het project beperkt zich niet tot het thema continuïteit van zorg, maar dat hoort er wel uitdrukkelijk bij. Er zijn drie veranderlijnen:

- 1) 'Veilig dichtbij' (aansluiting op de lokale situatie)
- 2) 'Levensloop centraal' (gericht op het profiel van de dader)
- 3) 'Vakmanschap voorop' (meer ruimte om te werken met maatschappelijk resultaat)

4.3.3 Concrete initiatieven om continuïteit van zorg in Nederland te verbeteren

Tot slot van deze deskresearch worden initiatieven met betrekking tot (het verbeteren van) continuïteit van zorg die we hebben kunnen vinden, beschreven. Besproken wordt per initiatief: de overkoepelende naam van het programma waar het initiatief vandaan komt of bij hoort, de naam van het initiatief, de aanpak en resultaten, de evaluatie (indien aanwezig) en verwijzing naar bronnen. Vanwege de leesbaarheid presenteren we deze initiatieven in Tabel 4.1 welke te vinden is in Bijlage 2.

4.4 Conclusie

Samenvattend kan gesteld worden dat er de afgelopen jaren op gebied van continuïteit van zorg veel gedaan is. Er is een grote hoeveelheid aan notities verschenen, met een grote verscheidenheid aan inhoud, waarin beleid is geformuleerd of die kunnen dienen als scholingsbron. Daarnaast is op basis van deze deskresearch voorzichtig te concluderen dat de concrete wijzigingen of

³ Casemanagers zijn binnen de penitentiaire inrichtingen (PI's) verantwoordelijk voor het organiseren van de re-integratie en nazorg voor gedetineerden. Zij zijn echter niet psychiatrisch geschoold en dus niet opgeleid om de doelgroep met psychische problematiek door te begeleiden naar zorg. Met het oog hierop is door het ministerie in 2016 besloten tot de pilot doorzorgfunctionaris. Een doorzorgfunctionaris is een BIG geregistreerde zorgprofessional die ervaring heeft in het begeleiden van mensen met psychische problematiek (Buysse et al., 2018).

veranderingen beperkt zijn en dat die een lokale of hooguit regionale reikwijdte hebben. Ook kennen de initiatieven vooralsnog weinig (openbare) gestructureerde en/of wetenschappelijke evaluatie of voornemens hiertoe.

5. Enquête

5.1 Methode enquête

Eerst is de inhoud van de enquête samengesteld door het onderzoeksteam – mede op basis van de deskresearch - en besproken met de stuurgroep. Vervolgens is de enquête geprogrammeerd op het online enquêteplatform SurveyMonkey. Alle vragen, met uitzondering van de open vragen, zijn aangemerkt als verplichte vraag, en konden dus niet worden overgeslagen. De enquête start met een digitale vorm van het informed consent met informatie over het doel van het project, het doel van de enquête, de beoogde doelgroep en de inhoud van de vragen in de enquête. Deelnemers moesten aangeven dat ze tenminste 18 jaar of ouder waren, en aangeven dat ze de informatie die in de informed consent werd gegeven hadden begrepen en er akkoord mee gingen. Alleen bij een bevestigend antwoord werden respondenten verder geleid naar de enquête. Er volgden diverse secties met vragen (zie paragraaf 5.2 voor de inhoud). Aan het einde van de enquête werden deelnemers doorgeleid naar een tweede hyperlink waar gegevens voor de loterij ingevuld konden worden. Onder de respondenten die hun gegevens hebben ingevuld zijn 3 Bol.com cadeaubonnen ter waarde van €15,-, €25,- en €50,- verloot. Respondenten konden zich hier ook opgeven voor de focusgroep en aangeven of ze op de hoogte willen blijven van de resultaten van het project.

De data met de antwoorden van de enquête en de persoonlijke gegevens die werden ingevuld ten behoeve van de deelname aan de loterij zijn opgeslagen in verschillende bestanden. Hierdoor kunnen ze op geen enkele manier aan elkaar worden gekoppeld. De database met de gegevens ten behoeve van de loterij is vernietigd na uitreiking van de prijzen. De antwoorden zijn door SurveyMonkey opgeslagen in Excel format, en zijn handmatig omgezet in SPSS-format voor verdere verwerking.

De enquête is verspreid via diverse kanalen, waaronder de website van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, het platform voor professionals in de forensische zorg “KNAPP”, de LinkedIn pagina’s van alle auteurs en de intranet pagina’s van de instellingen in de projectgroep. Het kon niet worden bijgehouden hoeveel personen de oproep hebben gezien. Gezien de spreiding in de achtergrond van de respondenten wordt er aangenomen dat dit een representatieve vertegenwoordiging van het veld betreft (zie paragraaf 5.3). De beoogde minimale respons was 150.

5.2 Inhoud enquête

De enquête bestond uit 6 delen:

- 1) Informed consent
- 2) Professionele achtergrond respondenten
- 3) Ervaringen met knelpunten
- 4) Bekendheid met producten/programma’s
- 5) Behoeftelinventarisatie
- 6) Open vragen / mogelijkheid tot aanvullingen

Het eerste deel van de enquête werd gevormd door de informed consent (zie hierboven). De volgende sectie bestond uit vragen rondom de professionele achtergrond van de respondenten. Zo werden deelnemers gevraagd naar hun functietitel, de instelling waar zij werken en het aantal jaren ervaring in de geestelijke gezondheidszorg en forensische geestelijke gezondheidszorg. Ook werden deelnemers gevraagd naar hun leeftijd en geslacht.

De derde sectie, tevens het eerste deel met inhoudelijke vragen, bevraagt de respondenten naar hun ervaringen met bekende knelpunten rondom continuïteit van zorg in de forensische keten. De sectie start met de vraag hoe vaak men problemen ervaart rondom continuïteit van zorg in de forensische keten in zijn algemeenheid, en een open vraag wat het grootste probleem is op dit gebied. Vervolgens worden 13 bekende knelpunten rondom continuïteit van zorg in de forensische keten uitgevraagd (zie AEF, 2017; De Vogel, 2018), waarbij per knelpunt werd gevraagd om prioritering aan te brengen. De meerkeuze antwoordmogelijkheid geeft de respondent de keuze om een knelpunt aan te merken als centraal knelpunt dat eerste prioriteit verdient, als belangrijk maar niet noodzakelijk eerste prioriteit, of als lage prioriteit. Respondenten konden ook aangeven dat zij dit vanuit hun functie niet konden inschatten. Ook werden in deze sectie drie doelgroepen

uitgevraagd – cliënten met een licht verstandelijke beperking, verslaving en agressieproblematiek – waarbij respondenten konden aangeven of zij bij deze doelgroepen beduidend meer, enigszins meer, of niet meer of minder problemen ervaren rondom continuïteit van zorg. Door middel van twee open vragen werd ruimte gelaten voor respondenten om andere doelgroepen op te geven waarbij problemen rondom continuïteit van zorg vaak spelen, en om opmerkingen te plaatsen.

In de vierde sectie werden een aantal reeds bestaande producten en programma's die de continuïteit van zorg beogen te verbeteren geïntroduceerd. De hier gebruikte producten en programma's worden besproken in de deskresearch (zie ook Tabel 4.1 in Bijlage 2). Per product of programma werd de respondent gevraagd of hij/zij dit programma of product kent, en zo ja of dit in zijn/haar werkzame instelling ook wordt gebruikt. Indien men het product of werkwijze niet kende, had de respondent ook de mogelijkheid om aan te geven dat hij/zij hierover meer zou willen weten. Het landelijke programma Continuïteit van Zorg en het programma Personen met Verward Gedrag zijn beide veelomvattend, hierbij werd door middel van een open vraag onderzocht welke onderdelen van deze programma's dan specifiek gekend, dan wel gebruikt worden door de respondenten.

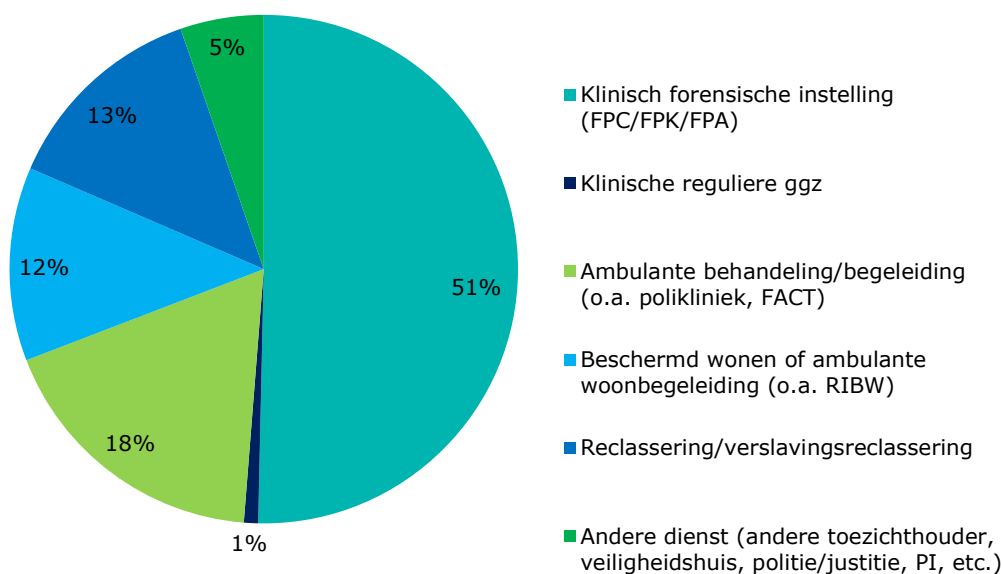
De laatste sectie van de enquête bestond uit een behoefte-inventarisatie. Een aantal mogelijke oplossingen om de continuïteit van zorg te verbeteren werden voorgelegd aan de respondenten, waarbij gevraagd werd om aan te geven of de behoefte aan deze oplossing erg aanwezig, enigszins aanwezig, of niet aanwezig is. Ieder antwoord kon worden toegelicht door middel van een open vraag met ruimte voor opmerkingen. Omdat de hypothese bestond dat met name samenwerking belangrijk zou zijn, is er op het gebied van samenwerking een verdiepvraag toegevoegd, waarbij een aantal specifieke aspecten van samenwerking verder werden uitgevraagd. Ook hier was ruimte voor toelichting van de gegeven antwoorden door middel van een open vraag.

Aan het einde van de enquête werden nog twee open vragen gesteld om respondenten de mogelijkheid tot aanvullende opmerkingen te geven. De eerste bood ruimte voor inbreng van de respondenten om thema's in te brengen op het gebied van problematiek rondom continuïteit van zorg die de projectleiding wellicht nog niet had uitgevraagd. De tweede open vraag gaf respondenten de mogelijkheid om overige ideeën voor oplossingen aan te dragen.

5.3 Achtergrond van de respondenten

Er hebben in totaal 492 respondenten deelgenomen aan de enquête, waarvan 318 personen de volledige enquête hebben doorlopen. De meeste van de respondenten die niet de volledige enquête hebben ingevuld, zijn gestopt met invullen na de demografische gegevens. Enkel de volledige responses zijn opgenomen in de analyse. Van de 318 respondenten was de gemiddelde leeftijd op het moment van invullen 41 jaar ($\mu = 40.81$; $SD = 11.86$; range 19 – 74). Van de respondenten was 67.0% vrouw ($N = 213$; man $N = 105$). De nationaliteit van de respondenten was overwegend Nederlands (97.5%, $N = 310$), met 4 (1.3%) Belgische respondenten, 1 (1.0%) Duitse respondent en 3 personen die "anders" hebben ingevuld. De diversiteit in vertegenwoordigde functies was groot (zie Tabel 5.1 voor een overzicht van de functietitels van de respondenten). De respondenten hadden gemiddeld 14 jaar werkervaring in de geestelijke gezondheidszorg ($\mu = 14.06$; $SD = 10.14$; range 0 – 46), en gemiddeld bijna 10 jaar werkervaring in de forensische geestelijke gezondheidszorg ($\mu = 9.62$; $SD = 7.83$; range 0 – 40). Elf respondenten (3.5%) zijn ervaringsdeskundige.

Meer dan de helft ($N = 160$, 50.3%) van de respondenten werkt bij een klinische forensische setting (FPC/FPK/FPA). Drie respondenten (0.9%) zijn werkzaam in de klinische reguliere geestelijke gezondheidszorg, ongeveer één vijfde ($N = 57$, 17.9%) is werkzaam in een instelling voor ambulante behandeling of begeleiding (o.a. polikliniek, FACT). De sector beschermd wonen (o.a. RIBW; $N = 39$, 12.3%) en (verslavings-)reclassering ($N = 42$, 13.2%) zijn allebei vertegenwoordigd door iets meer dan één tiende van de respondenten. De overige zeventien (5.3%) zijn werkzaam bij een andere dienst, zoals het veiligheidshuis, politie/justitie, een PI of ander detentievorm, etc. In Figuur 5.1 is een overzicht te vinden van het type instelling waar de respondenten werkzaam zijn.



Figuur 5.1
Overzicht type instelling waar respondenten werkzaam zijn

De respondenten waren werkzaam bij één van de volgende instellingen (op willekeurige volgorde): AFPN Lentis, Antes GGZ Reclassering, Arkin/Inforsa, het Veiligheidshuis, De Forensische Zorgspecialisten (de Van der Hoeven kliniek en De Waag), Fivoor (FPC de Kijvelanden, FPA Utrecht, FPA Rotterdam), De Rooyse Wissel (FPC, FPP De Horst, RIBW De Schakel, RIBW De Vliet), De Woenselse Poort, Dienst Justitiële Inrichtingen, Dr. S. van Mesdagkliniek, Emergis, Exodus, RIBW Fonteynenburg, FHIC (geen locatie), Forensisch FACT team (geen locatie), FPC de Oostvaarderskliniek, FPC De Pompestichting, FPK Transfore, Gemeente Utrecht, GGZ Drenthe (FPK Assen), HvO Querido, Leger des Heils, Novadic-Kentron, PI Vught, nationale politie, Reclassering Nederland, RIBW Nijmegen en Rivierenland, RIBW Arnhem en Veluwevallei, SVG Reclassering, Tactus, Trajectum (Hoeve Boschoord), en verslavingszorg Noord-Nederland.

Tabel 5.1

Overzicht functies van respondenten

Functietitel	Frequentie (%)
(groeps-)begeleider/sociotherapeut	75 (23.6%)
(GZ-)psycholoog, psychotherapeut, regie- /hoofdbehandeling	73 (23.0%)
Reclassering/toezicht	36 (11.3%)
Manager	24 (7.5%)
Verpleegkundige	24 (7.5%)
Instroom- of plaatsingscoördinator	15 (4.7%)
Maatschappelijk werk	12 (3.8%)
Psychiater	11 (3.5%)
Ambulant behandelaar of sociotherapeut	10 (3.1%)
Anders	6 (1.9%)
Vaktherapie - PMT	5 (1.6%)
Beleid	5 (1.6%)
Dagbesteding Werken Leren	4 (1.3%)
Administratief	3 (0.9%)
Agoog	3 (0.9%)
ANIOS – (basis-) arts	3 (0.9%)
Directeur	2 (0.6%)
Casemanager	2 (0.6%)
Beveiliging	2 (0.6%)
Onderzoek	2 (0.6%)
Activiteitenbegeleider	1 (0.3%)

5.4 Resultaten

5.4.1 Ervaringen met knelpunten

De enquête startte met de vraag hoe vaak men problemen ervaart rondom continuïteit van zorg in de forensische keten. Uit de enquête blijkt dat een overgrote meerderheid regelmatig (42.1%) tot vaak (37.4%) problemen ervaart rondom continuïteit van zorg in de forensische keten. Een aantal respondenten (6.3%) geeft zelfs aan altijd problemen te ervaren rondom continuïteit van zorg in de forensische keten. Slechts één tiende van de respondenten geeft aan soms of nooit problemen te ervaren rondom continuïteit van zorg in de forensische keten. Zie Tabel 5.2 voor een overzicht van de frequentie van ervaren problemen rondom continuïteit van zorg in de forensische keten.

Tabel 5.2

Antwoorden op de vraag "Hoe vaak ervaart u problemen met de continuïteit van zorg in de forensische keten, d.w.z. rondom in- door- of uitstroom van (ex-) forensische cliënten?"

Antwoord	Frequentie (%)
Altijd	20 (6.3%)
Vaak	119 (37.4%)
Regelmatig	134 (42.1%)
Soms	34 (10.7%)
Nooit	1 (0.3%)
Ik heb hier vanuit mijn functie geen zicht op	10 (3.1%)

Vervolgens zijn dertien kernproblemen geïdentificeerd aan de hand van eerder onderzoek en op basis van de deskresearch. De respondenten is per kernprobleem gevraagd om te kiezen tussen:

- Dit is één van de meest centrale knelpunten en verdient hoge prioriteit
- Dit knelpunt dient zeker aandacht te krijgen, er zijn echter knelpunten die als belangrijker kunnen worden aangemerkt.
- Dit knelpunt speelt geen rol (meer) in de ervaren problematiek.
- Ik heb hier vanuit mijn functie geen zicht op.

Deze kernproblemen zijn aangeboden aan alle respondenten, dus ongeacht of zij eerder hebben aangegeven zelf vaak of minder vaak problemen rondom continuïteit van zorg te ervaren. Per stelling geeft ongeveer een kwart van de respondenten aan hier geen zicht op te hebben (range 12.6% - 36.8%). Het probleem dat volgens de respondenten de meeste aandacht verdient is het aantal beschikbare plaatsen in woonvoorzieningen waarnaar men kan uitstromen na de klinische forensische zorg. Een ruime meerderheid (58.8%) van de respondenten heeft dit probleem als centraal knelpunt aangemerkt. Verder verdient ook de samenwerking tussen de klinische forensische zorg en de reguliere geestelijk gezondheidszorg directe aandacht. Meer dan de helft (51.9%) van de respondenten geeft aan dat dit een centraal knelpunt is dat hoge prioriteit verdient. Verder werd ook aangegeven dat bepaalde zorgplaatsen (langdurige ggz of longstay) moeilijk te krijgen zijn, dit kernpunt werd hoog geprioriteerd door 48.1% van de respondenten. Tenslotte wordt ook de samenwerking tussen (klinische) forensische zorg en (forensische) woonbegeleiding of ambulante hulpverlening hoog geprioriteerd door respondenten, 41.8% gaf aan dit een centraal knelpunt te vinden. De overige problemen worden beduidend minder hoog geprioriteerd, slecht één vijfde van de respondenten beoordeelt overige problemen als hoge prioriteit (range 12.6% - 27.0%). Deze problematiek wordt grotendeels beoordeeld als belangrijk, maar niet als eerste prioriteit. Opvallend genoeg zijn er geen problemen uitgevraagd waarbij de respondenten van mening zijn dat dit probleem geen rol (meer) speelt. Het hoogste percentage respondenten dat een probleem beoordeeld heeft als lage prioriteit is 18.6%, dus minder dan één vijfde van alle respondenten. Het kernprobleem dat hierbij werd uitgevraagd is of de klinische forensische zorg terughoudend is met het accepteren van complexe of zware casussen. Desalniettemin geeft bij dit probleem de meerderheid van de respondenten aan dit probleem ook belangrijk te vinden, zij het in mindere mate dan andere kernpunten. In Tabel 5.3 wordt een volledig overzicht gegeven van de uitgevraagde problematiek en de keuze voor prioritering van de respondenten.

Tabel 5.3

Overzicht inventarisatie van prioritering van knelpunten op het gebied van continuïteit van zorg in de forensische keten

Knelpunten*	Dit is één van de meest centrale knelpunten	Dit knelpunt is belangrijk maar geen eerste prioriteit	Dit knelpunt speelt geen rol (meer)	Ik heb hier vanuit mijn functie geen zicht op
Bij doorstroom vanuit de (klinische) forensische zorg naar (forensische) woonbegeleiding of ambulante hulpverlening worden er problemen ervaren omdat het aantal beschikbare plaatsen in woonvoorzieningen stagneert.	187 (58.8%)	77 (24.2%)	14 (4.4%)	40 (12.6%)
Bij de doorstroom vanuit de klinische forensische zorg naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg worden problemen ervaren rondom (de organisatie van) de samenwerking	165 (51.9%)	88 (27.7%)	9 (2.8%)	56 (17.6%)
Bij doorstroom vanuit de (klinische) forensische zorg zijn bepaalde zorgplaatsen (bijvoorbeeld langdurige GGZ of longstay) moeilijk te krijgen door bijvoorbeeld minder beschikbare bedden, strenge eisen aan de toelating tot dit type zorg, etc.	153 (48.1%)	85 (26.7%)	4 (1.3%)	76 (23.9%)
Bij doorstroom vanuit de (klinische) forensische zorg naar (forensische) woonbegeleiding of ambulante hulpverlening worden er problemen ervaren in de (organisatie van de) samenwerking met bijvoorbeeld gemeente, zorgverleners en ketenpartners.	133 (41.8%)	116 (36.5%)	29 (9.1%)	40 (12.6%)
Bij de doorstroom vanuit de klinische forensische zorg naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg worden problemen ervaren met de financiering.	86 (27.0%)	88 (27.7%)	27 (8.5%)	117 (36.8%)
De klinische forensische zorg is terughoudend in het accepteren van cliënten met complexe of zware problematiek.	81 (25.5%)	115 (36.2%)	59 (18.6%)	63 (19.8%)
Bij de doorstroom vanuit de klinische forensische zorg naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg worden problemen ervaren met wet- en regelgeving.	71 (22.3%)	133 (41.8%)	37 (11.6%)	77 (24.2%)
Er zijn wachtlijsten in de klinische forensische zorg waardoor opname vanuit de PI wordt vertraagd.	60 (18.9%)	144 (45.3%)	18 (5.7%)	96 (30.2%)
Bij de doorstroom vanuit de (klinische) forensische zorg naar (forensische) woonbegeleiding of ambulante hulpverlening worden er problemen ervaren met de financiering.	56 (17.6%)	101 (31.8%)	46 (14.5%)	115 (36.2%)
Interne doorstroom (van afdeling naar afdeling) binnen klinische forensische zorg verloopt problematisch.	54 (17.0%)	127 (39.9%)	56 (17.6%)	81 (25.5%)
Bij de doorstroom vanuit de klinische forensische zorg naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg worden problemen ervaren met onvoltooide behandeling, of zelfs behandeltrauma.	47 (14.8%)	109 (34.3%)	49 (15.4%)	113 (35.5%)
Bij beëindiging van de verplichte forensische behandeling/ondertoezichtstelling kan een patiënt vervolgzorg weigeren.	40 (12.6%)	156 (49.1%)	53 (16.7%)	69 (21.7%)
Tussen het moment van aanhouden van een verdachte en de rechtszitting (en veroordeling) kan veel tijd zitten. Hierdoor duurt het langer voordat iemand onder behandeling komt.	36 (11.3%)	142 (44.7%)	29 (9.1%)	111 (34.9%)

* Tabel is gerangschikt op het percentage respondenten (van $N = 318$) dat "Dit is een van de meest centrale knelpunten" heeft geantwoord.

Vervolgens is uitgevraagd of er specifieke doelgroepen zijn waarbij er relatief veel problemen ervaren worden rondom continuïteit van zorg in de forensische keten (vergeleken met cliënten die deze problematiek niet hebben). Hierbij geeft een ruime meerderheid van de respondenten aan dat rondom cliënten met een (licht) verstandelijke beperking veel problemen worden ervaren wat betreft continuïteit van zorg (54.7%). Hetzelfde beeld komt naar voren bij cliënten met een verslaving, hierbij geeft een meerderheid (50.9%) ook aan dat er relatief veel problemen worden ervaren met deze doelgroep. Ook bij cliënten met agressieproblematiek geven de meesten (47.5%) aan dat er relatief veel problemen rondom continuïteit van zorg worden ervaren in vergelijking met cliënten zonder agressieproblematiek, maar dit is net iets minder dan bij de andere twee doelgroepen. Zie Tabel 5.4 voor gegeven antwoorden omtrent specifieke doelgroepen.

Tabel 5.4

Specifieke doelgroepen en de ervaring met problematiek op het gebied van continuïteit van zorg in de forensische keten.

Specifieke doelgroep	Relatief veel problemen rondom continuïteit van zorg	Enige problemen rondom continuïteit van zorg	(Bijna) geen problemen rondom continuïteit van zorg	Ik heb hier vanuit mijn functie geen zicht op
(Lichte) verstandelijke beperking	174 (54.7%)	99 (31.1%)	10 (3.1%)	32 (10.1%)
Verslaving	162 (50.9%)	120 (37.7%)	8 (2.5%)	27 (8.5%)
Agressie	151 (47.5%)	131 (41.2%)	15 (4.7%)	20 (6.3%)

Door middel van een open vraag is uitgevraagd met welke andere doelgroepen relatief veel problemen rondom continuïteit van zorg worden ervaren. Op de open vraag hebben 131 personen geantwoord. Een veel gegeven antwoord is complexe casussen, of multi-probleem casussen, ongeveer 8.3% gaf een antwoord van soortgelijke strekking. Verder werden zedendelinquenten veel genoemd als groep waarbij veel problematiek speelt rondom continuïteit van zorg, 6.7% van de respondenten die deze vraag hebben beantwoord gaf dit antwoord. Hierbij worden problemen rondom huisvesting en enige nervositeit in de maatschappij rondom deze doelgroep het meest benoemd. Verder werden als aandachtsgroepen genoemd (alle in ongeveer gelijkwaardige, lage aantallen): zorgmijders, cliënten waarvan de justitiële titel is afgelopen, psychotische stoornissen, cliënten waarbij ook somatische klachten een rol spelen, beperkt Nederlands kunnen spreken of een tijdelijke verblijfsstatus hebben, jongvolwassenen, veelplegers, vrouwen, cliënten met autisme, of een combinatie tussen bovenstaande.

Veel gehoorde verklaringen zijn onder andere:

'Vanwege de stigmatisatie rondom cliënten met een zedenachtergrond wordt hen soms oneigenlijk een 'hoog risicoprofiel' toegekend, waardoor zij onnodig lang beperkt worden.'

Een andere respondent schrijft:

'Voor klinische behandeling of begeleid wonen voor vrouwen zijn bijna geen aparte locaties/afdelingen beschikbaar. Dat betekent dat ze tussen mannen opgenomen worden, terwijl ze kwetsbaar zijn door ervaringen uit het verleden en de mannen ook hun eigen problemen hebben. Vaak geeft de aanwezigheid van vrouwen op een afdeling een dynamiek die niet wenselijk is en alle aanwezigen problemen geeft. In Zuidoost Drenthe is een zeer beperkt aanbod van instellingen voor forensisch beschermd wonen. Vooral voor mensen die meer zelfstandigheid aankunnen en die abstinente willen blijven is er geen aanbod. Daarnaast is er geen passend aanbod voor de kwetsbare doelgroep van mensen met LVB en psychiatrische problematiek, die in een prikkelarme omgeving moeten wonen. Gelukkig kan dan via het FPL gevraagd worden om hoofdaannameerschap door een gecontracteerde zorgpartner, waarna een geschikte zorgpartij (zoals een zorgboerderij) gevonden kan worden. Dit is wel een tijdrovende klus en betreft maatwerk. Hier zouden meer opties voor moeten komen.'

5.4.2 Bekendheid met producten / programma's

In het volgende gedeelte van de enquête zijn een aantal bestaande oplossingen uitgevraagd (zie Tabel 5.5). Respondenten werd gevraagd per product of programma aan te geven of ze dit kennen, en zo ja of dit in hun eigen instelling wordt gebruikt. Verreweg het meest bekend is de nieuwe Wet Forensische Zorg, waarbij meer dan de helft van de respondenten (52.5%) aangeeft hier tenminste bekend mee te zijn. Deze wordt echter pas door een kleine minderheid van de respondenten gebruikt, bij slechts 6.6% van de respondenten is het werken volgens de WFZ al ingebed. Ook het programma Personen met Verward Gedrag is goed bekend, 51.3% van de respondenten geeft aan dit programma te kennen. Ook hier is de implementatiegraad niet heel hoog, 6.9% van de respondenten gebruikt één of meerdere publicaties of projecten van dit programma.

Het programma Koers en Kansen is bij minder dan een kwart (22.3%) van de respondenten bekend en contact houden na afloop van de behandeling is bij meer dan één vijfde (20.8%) van de respondenten een bekende werkwijze. Het minst bekend is de regionale samenwerking tussen WMO-organisaties, zoals bij STAND-BY in Heerlen gebeurt, slechts 7.5% van de respondenten is hiermee bekend. De implementatiegraad van de producten en programma's is over de gehele bandbreedte laag te noemen, deze ligt tussen de 0.9% (STAND-BY en vergelijkbare werkwijzen) en de 6.6% (vrijwillig contact houden na afloop van behandeling).

Gemiddeld genomen kent bijna een kwart van de respondenten de genoemde producten of programma's (22.5%), maar is de werkwijze slechts ingebed bij 3.9% van de instellingen waar de respondenten werkzaam zijn. Gemiddeld bijna driekwart van de respondenten geeft dus aan de genoemde programma's of producten niet te kennen. Bijna de helft van de respondenten geeft wel aan meer over deze producten of programma's te willen weten (45.4%). Men heeft proportioneel het meest interesse in het landelijke programma continuïteit van zorg, waarbij 45.0% aangeeft graag meer te willen weten over dit programma. Hoewel dit een groot programma is, met een goed vindbare website, geeft slechts 14.2% van de respondenten aan dit programma te kennen en slechts 1.9% geeft aan één of meerdere producten te gebruiken.

De programma's Continuïteit van Zorg en Personen met Verward Gedrag zijn grote, veelomvattende programma's die meerdere producten hebben opgeleverd. Over beide programma's is aan de respondenten gevraagd welke producten of publicaties uit het programma door hen worden gebruikt. Binnen het programma Continuïteit van Zorg wordt enkele keren het overzicht Bekostiging en regelgeving genoemd, en binnen het programma Personen met Verward Gedrag wordt enkele keren benoemd dat de respondent werkzaam is bij een instelling die als pilotregio heeft gefungeerd, of dat men heeft gehoord van het schakelteam, maar hier blijft het bij.

Tabel 5.5

Inventarisatie van kennis van, en implementatie van bestaande producten en programma's ontwikkeld ter verbetering van continuïteit van zorg

Bestaand product / programma*	Ja dit ken ik, en dit is reeds ingebed in onze instelling	Ja dit ken ik	Nee, dit ken ik niet	Dit ken ik niet, maar ik zou er meer over willen weten
De nieuwe Wet Forensische Zorg	21 (6.6%)	167 (52.5%)	46 (14.5%)	84 (26.4%)
Het landelijke programma "Personen met Verward Gedrag" (waaronder diverse publicaties en regionale projecten).	22 (6.9%)	163 (51.3%)	72 (22.6%)	61 (19.2%)
Een vernieuwende manier van sanctioneren, het door het Ministerie van Justitie en Veiligheid geïntroduceerde programma "Koers en Kansen".	17 (5.3%)	71 (22.3%)	103 (32.4%)	127 (39.9%)
In het kader van relationeel werken houden forensische zorgprofessionals vrijwillig contact met ex-cliënten (promotieonderzoek Petra Schaftenaar "Contact gezocht").	21 (6.6%)	66 (20.8%)	143 (45.0%)	88 (27.7%)
Transforensische psychiatrie richt zich op mensen met ernstige psychiatrische stoornissen die disruptief en delictgedrag vertonen maar (vooralsnog) buiten strafrecht vallen.	7 (2.2%)	61 (19.2%)	148 (46.5%)	102 (32.1%)
Samenwerking tussen regionale ketenpartners met als doel externe trajecten voor cliënten soepel te laten verlopen (bijvoorbeeld Forensisch Circuit Oost-Nederland FCON).	20 (6.3%)	55 (17.3%)	137 (43.1%)	104 (32.7%)
De ketenveldnorm beveiligde zorg niet-strafrechtelijk kader	7 (2.2%)	52 (16.4%)	152 (47.8%)	107 (33.6%)
Gericht overleg tussen ketenpartners over selecte, "moeilijke casussen beoogd effectievere aanpak en voorkomen van recidive" (werkwijze wordt o.a. gebruikt in het programma "Klein delict, grote zorgen"/ Korte Klappen Team).	10 (3.1%)	49 (15.4%)	126 (39.6%)	133 (41.8%)
Het landelijke programma "Continuïteit van Zorg" (waaronder o.a. een routekaart voor wet- en regelgeving, het rapport "Rake Vlakken" en andere onderzoeken).	6 (1.9%)	45 (14.2%)	118 (37.1%)	149 (46.9%)
Critical Time Intervention (CTI) na detentie biedt kortdurende steun aan personen tijdens een kritische fase in hun leven, bijvoorbeeld bij een overplaatsing of ontslag uit een PI.	3 (0.9%)	34 (10.7%)	154 (48.4%)	127 (39.9%)
Door een samenwerkingsverband van regionale WMO-organisaties is er één herkenbare organisatie waar mensen met allerlei problemen terecht kunnen (STAND-BY Heerlen).	3 (0.9%)	24 (7.5%)	205 (64.5%)	86 (27.0%)
TOTAAL alle programma's/producten	137 (3.9%)	787 (22.5%)	1404 (41.8%)	1168 (45.4%)

* Tabel is gerangschikt op het percentage respondenten (van $N = 318$) dat "Ja, dat ken ik" heeft geantwoord. De 1^e kolom is dus niet aflopend, de 2^e kolom wel.

5.4.3 Behoeftelinventarisatie

In de volgende serie vragen zijn de respondenten bevraagd over de ontwikkelingen die nodig zouden zijn om de problemen rondom continuïteit van zorg in de forensische keten terug te dringen. Hierbij is de behoefte aan betere samenwerking zeer groot, 69.8% van de respondenten geeft aan dat zij behoefte heeft aan betere samenwerking tussen organisaties. Ook geeft een groot deel van de respondenten aan dat meer forensische of beveiligde zorgvoorzieningen nodig zijn (44.7%). Het minst behoefte (maar toch 22.0%) heeft men aan de ontwikkeling van nieuw instrumentarium. Een overzicht van alle uitgevraagde behoeften en de antwoorden wordt gegeven in Tabel 5.6.

Tabel 5.6

Inventarisatie van (prioritering van) behoeften aan voorgestelde oplossingen

Oplossing*	Heel erg nodig	Enigszins nodig	Niet nodig
Betere samenwerking tussen organisaties	222 (69.8%)	96 (30.2%)	0 (0.0%)
Meer bedden binnen forensische/beveiligde zorgvoorzieningen	142 (44.7%)	142 (44.7%)	34 (10.7%)
Wegwijzers/routekaarten m.b.t. wet- en regelgeving	115 (36.2%)	169 (53.1%)	34 (10.7%)
Georganiseerde informatievoorziening, zoals een website	112 (35.2%)	169 (53.1%)	37 (11.6%)
Wegwijzers/routekaarten m.b.t. financiering	96 (30.2%)	171 (53.8%)	51 (16.0%)
Instrumentarium (bijvoorbeeld een probleem-taxatie instrument, of ander instrumentarium t.b.v. het in kaart brengen van casuïstiek/verwijzing)	70 (22.0%)	142 (44.7%)	106 (33.3%)

* Tabel is gerangschikt op het percentage respondenten (van $N = 318$) dat "Heel erg nodig" heeft geantwoord.

Omdat de hypothese bestond dat met name verbeteringen in samenwerking een belangrijke behoefte zou zijn, is dit aspect verder uitgevraagd. Hieruit blijkt dat de grootste behoefte is (67.3%) dat er meer samenwerking komt tussen andere partijen in de zorgketen. De behoefte aan verbetering van overige aspecten van samenwerking is ook duidelijk aanwezig. De minst sterke behoefte is een betere facilitatie van samenwerking door management, maar deze behoefte wordt nog steeds door meer dan een kwart (26.7%) van de respondenten gedeeld. Zie Tabel 5.7 voor een overzicht van de behoeften op het gebied van samenwerking.

Tabel 5.7
Inventarisatie van behoeften op het gebied van samenwerking

Stelling*	Frequentie (%) eens
Er moet meer samenwerking komen tussen andere partijen in de zorgketen	214 (67.3%)
De bestaande samenwerkingsverbanden moeten worden geïntensiveerd	168 (52.8%)
Er moet meer samenwerking komen in de regio	156 (49.1%)
Er is meer tijd/geld nodig voor samenwerking	155 (48.7%)
Er moet meer regio-overstijgende samenwerking komen	146 (45.9%)
Er moet meer samenwerking komen tussen gelijkaardige instellingen	144 (45.3%)
Verschillende professionals moeten elkaar beter leren kennen, zowel persoonlijk als hun werkwijze	131 (41.2%)
Er moet meer samenwerking komen tussen afdelingen van dezelfde instelling	125 (39.3%)
Er moet een platform komen waarop partijen elkaar kunnen vinden	123 (38.7%)
Samenwerking en contacten worden vooral gelegd door enkele "aanjagers" en gaan verloren als deze personen vertrekken	123 (38.7%)
Samenwerking moet beter worden gefaciliteerd door management	85 (26.7%)
Anders, namelijk:	48 (14.7%)
Waaronder genoemd: • De nieuwe privacywetgeving maakt wederzijds overleg tussen partijen lastig • Financiering blijkt een lastig onderwerp binnen samenwerking • Er ontbreekt een landelijk coördinatiepunt voor forensische zorg • Er is betere samenwerking nodig tussen de reguliere en forensische GGZ • Organisaties zijn bezig met "overleven", wat minder ruimte laat voor samenwerking	

* Tabel is gerangschikt op het percentage respondenten (van $N = 318$) dat "Mee eens" heeft geantwoord.

Aan het einde van de vragenlijst kregen respondenten de mogelijkheid om hun ideeën te geven over hoe problemen rondom continuïteit van zorg in de forensische keten kunnen worden verminderd. Het volledige overzicht van de antwoorden is te vinden in Bijlage 3, samenvattend geven de respondenten aan:

- Dat directe beëindiging van juridische titel een lastige situatie kan creëren en dat men graag betere samenwerking met het OM zou zien;
- Dat er gebrek is aan woonvoorzieningen en dat uitkeringsaanvragen een lange verwerkingsduur hebben, waardoor een cliënt periodes zonder inkomen moet doen;
- Dat de nieuwe privacywetgeving goede samenwerking, en daarmee continuïteit van zorg in de weg staat.

5.5 Conclusie

De enquête die door 318 professionals volledig is ingevuld heeft een helder beeld opgeleverd. Gesteld kan worden dat de grote meerderheid van de respondenten (86%) regelmatig tot altijd problemen ervaart wat betreft continuïteit in de keten. De drie belangrijkste knelpunten zijn: 1) het aantal beschikbare plaatsen voor doorstroom van klinische forensische zorg naar ambulante forensische zorg of reguliere GGZ; 2) samenwerking tussen forensische en reguliere zorg; 3) beperkt aantal plaatsen voor langdurige zorg/longstay. Slechts een kwart van de respondenten is bekend met bestaande programma's en producten en het daadwerkelijke benutten ervan ligt nog veel lager (4%). De top drie van behoeften van professionals is: 1) betere samenwerking; 2) meer voorzieningen/bedden; 3) meer kennis van wet- en regelgeving. Betere samenwerking is een duidelijke uitschieter: 70% noemt dit als zeer belangrijk. Verder bleek dat slechts 22% duidelijk behoefte heeft aan nieuw instrumentarium (33% geeft aan hier geen behoefte aan te hebben). De antwoorden op de open vragen liggen in lijn met bovenstaande conclusies.

6. Focusgroepen

6.1 Methode

Alle leden van de stuurgroep hebben tenminste één suggestie aangedragen voor deelnemers aan de focusgroep van professionals. Hierbij is per stuurgroep lid gevraagd om een specifieke functiegroep. Op deze manier kon een brede vertegenwoordiging worden gewaarborgd. Tevens konden deelnemers aan de enquête hun interesse laten blijken voor de focusgroep. 41 Deelnemers aan de enquête hadden interesse in deelname aan de focusgroep, hiervan zijn de 6 eerste inschrijvingen geselecteerd in aanvulling op de deelnemers aangedragen door de stuurgroep. In totaal hebben 15 professionals deelgenomen aan focusgroepen.

Focusgroep 1 (8 deelnemers): Begeleider resocialisatie afdeling FPC, hoofd behandeling resocialisatie afdeling FPC, SPV-er, toezichthouder reclassering, medewerker bureau RVS, coördinator cliëntenstroom, hoofd behandeling resocialisatie afdeling FPC, opnamecoördinator FPK.

Focusgroep 2 (7 deelnemers): Procesmanager ambulante zorg, begeleider resocialisatie afdeling, senior Officier van Justitie, toezichthouder reclassering, ambulant werker ForFact LVB, team coördinator RIBW, plaatsingscoördinator.

De twee focusgroepen vonden plaats in de Van der Hoeven Kliniek te Utrecht op maandag 10 december 2018 van 10-12 uur en werden geleid door respectievelijk Petra Schaftenaar (Focusgroep 1) en Vivienne de Vogel en Maartje Clercx (Focusgroep 2). De deelnemers kregen na een korte uitleg over het project en een samenvatting van de resultaten van de deskresearch en enquête een informed consent voorgelegd (zie bijlage 4), welke zij alle 15 hebben ondertekend. De focusgroepen werden opgenomen met een voice-recorder om het verslag zo zorgvuldig mogelijk op te kunnen stellen (niet getranscribeerd). Deze audio-opnames zijn na verwerking van de focusgroepen vernietigd. De gespreksleiders hebben vragen gesteld en het gesprek gestuurd, maar vooral de deelnemers aan het woord gelaten. Van beide focusgroepen is een verslag opgesteld, waarin de deelnemers steeds met hun initialen werden benoemd. Het verslag van Focusgroep 2 is voorgelegd ter goedkeuring aan de deelnemers, deelnemers van Focusgroep 1 gaven aan hier geen behoefte aan te hebben. Vervolgens is op basis van de verslagen een thematische analyse gemaakt, in eerste instantie van Focusgroep 1, en vervolgens Focusgroep 2. De thema's zijn door de drie onderzoekers geïdentificeerd en besproken in een debriefingssessie.

Om de ervaringen en meningen van cliënten te horen hebben we twee focusgroepen georganiseerd in de Van der Hoeven Kliniek en in de Rooyse Wissel. Het werven van deelnemers aan de patiënten focusgroepen bleek complexer dan het werven van de professionals. Het bleek in de praktijk – ondanks belofde vergoeding – moeilijk om cliënten hiervoor te interesseren. Veel cliënten gaven aan geen belangstelling te hebben of hun psychische conditie liet het op dat moment niet toe. Cliënten die intramuraal verbleven vonden het onderwerp niet op hen van toepassing en cliënten in resocialisatie of ambulante fase gaven aan geen tijd te hebben, vanwege werk of andere activiteiten buiten de kliniek. Gezien de relatief korte periode waarin deze precall werd uitgevoerd was het helaas niet mogelijk om meerdere opties te bieden voor de patiënten, zoals het organiseren van focusgroepen in de avonduren of in het weekend. Daarnaast bleken cliënten die al ver in de resocialisatie fase waren ook geen behoefte meer te hebben om te praten over hun ervaringen tijdens het traject. In de Van der Hoeven Kliniek is uiteindelijk één cliënt bereid gevonden; deze cliënt is gesproken in de vorm van een interview in plaats van een focusgroep. Dit interview werd afgenomen door Vivienne de Vogel en is door middel van aantekeningen (geen audio-opname) uitgewerkt. Bij de Rooyse Wissel zijn in totaal 5 cliënten van Forensisch RIBW De Schakel en FPP De Horst en FPC Rooyse Wissel bereid gevonden om deel te nemen. Ook zij tekenden een informed consent (zie Bijlage 5). Deze focusgroep werd geleid door Maartje Clercx en Petra Schaftenaar. Van dit gesprek zijn audio-opnames gemaakt die na verwerking en analyse zijn vernietigd. Alle cliënten hebben een bol.com bon van 10 euro gekregen als dank voor hun deelname. De deelnemende cliënten aan het onderzoek waren allen man, en hadden allemaal ervaring met over- en doorplaatsingen in en na de forensische zorg. Zij hadden verschillende justitiële titels waarop zij op dit moment zorg ontvingen.

6.2 Resultaten

6.2.1 Thematische analyse focusgroepen professionals

Uit de focusgroepen met professionals komen vijf hoofdthema's naar voren, zoals geïdentificeerd door de drie onderzoekers en besproken in een debriefingssessie. In Tabel 6.1 worden deze thema's opgesomd en daaronder besproken. Citaten van de deelnemers worden aangeduid met een nummer (fg1.1 betekent focusgroep 1, deelnemer 1).

Tabel 6.1
Thema's focusgroepen professionals

Thema	Oplossingsrichting
1. Fragmentatie van de zorg (schotten)	Betere samenwerking, warme overdracht en de kunde en onkunde van andere partijen kennen
2. Problematische doorstroom complexe doelgroep	Betere communicatie (effectief, eerlijk en transparant) voorlichting aan vervolgvoorzieningen, meer specialistische voorzieningen
3. Samenwerking	Lokale netwerken voor samenwerking opzetten/verstevigen. Persoonlijk contact, ruimte en tijd
4. Scholing	Organiseren van bijvoorbeeld methodische leerbijeenkomsten
5. Continuïteit van informatie/risicomanagement	Zorgvuldige overdracht. Meer duidelijkheid over welke informatie gedeeld mag worden

Thema 1: Fragmentatie van de zorg (schotten): organisatie en financiën

De deelnemers ervaren allemaal dat de zorg gefragmenteerd is, zowel als het gaat om de financiering als om de organisatie: sommige partijen werken gemeentelijk, anderen landelijk; het sluit niet op elkaar aan. Dit heeft gevolgen voor de samenwerking (steeds opnieuw in gemeenten moeten zoeken waar men terecht moet), en ook als de forensische zorg stopt (vanwege einde titel) en de reguliere zorg (ggz en gemeentelijk) het over moet nemen. Dan wordt er 'geschoven met cliënten', met andere woorden: ze worden geweigerd.

De ervaring van de deelnemers is dat het hard werken is: 'er moet veel olie gesmeerd worden, willen partijen hun verantwoordelijkheden nemen. En soms moet dat bestuurlijk oplopen om het voor elkaar te krijgen' (fg1.1). Dit geldt in het bijzonder voor de groep cliënten die eigenlijk onder de 'reguliere' ggz valt, maar die gezien wordt als forensisch (vanwege problematisch gedrag, vaak gepaard gaande met verbale en/of fysieke dreiging en agressie).

Een gevolg van de fragmentatie is dat instellingen voortdurend 'op eigen kracht' een passende vervolgvoorziening zoeken voor hun cliënten. Dat is problematisch, want vaak worden cliënten afgewezen onder het mom van 'er is geen plek'. Instellingen proberen dit wel bestuurlijk te regelen, door bijvoorbeeld convenanten te sluiten en samenwerkingen aan te gaan.

Naast de doorstroom die problematisch is door teveel schotten, is een ander probleem dat er (te) veel verschillende hulpverleners rondom de cliënt (en het systeem) staan en er onvoldoende of geen sprake is van regievoering (door één van de partijen).

Een volgend punt dat samenhangt met de fragmentatie en de schotten in de zorg is dat (om moverende redenen) het uitstroomtraject van de cliënt te laat gestart wordt. Zeker bij uitstroom uit de PI en bij cliënten met een overige forensische zorgtitel is dat een probleem. Er wordt te laat gestart. 'Er moet binnen instellingen direct al nagedacht worden over de uitstroom en het verwachte verloop van de keten' (fg2.3). Er zijn wel wat concrete initiatieven (zoals reclassering die weer in de PI gaat werken) om dit te verbeteren. Ook worden er in sommige instellingen nieuwe functies ingericht specifiek met als taak de doorstroom tijdig in gang te zetten en te regelen. Soms lukt het echter binnen een periode van een toezicht van twee jaar niet eens om een vervolgplek te vinden en blijkt een klinische opname die wel ingezet was daardoor eerder een handicap dan hulp.

De schotten tussen de organisaties en het gevolg hiervan, dat 'ieder voor zich werkt' is een grote bron van zorg voor de deelnemers. 'Wij kennen elkaars werk gewoon niet, je zit altijd op je eigen "stukje" te werken' (fg2.3). Het 'hokjesdenken', de 'oogkleppen', de 'schotten', 'de eilandjes', de deelnemers zijn ze graag zo snel mogelijk kwijt. Een genoemde oorzaak hiervan is dat er nog te weinig centraal, op regionaal of landelijk niveau is geregeld. Het hangt in instellingen allemaal van individuen af. Het ieder voor zich werken heeft tot gevolg dat men de gezamenlijke verantwoordelijkheid niet ziet of pakt en men niet open is over de eigen onzekerheden en beperkingen. Men is eerder geneigd is zich te verschuilen achter de regels.

'Zodra er "forensisch" bij komt kijken is de reguliere ggz meteen bang, dan durven ze het niet. Voor een deel klopt dat ook, het zijn lastige patiënten soms, maar als er een forensische titel is worden er ook smoesjes bedacht' (fg2.3). Het is dan makkelijker om te zeggen dat er geen plaats beschikbaar is, dan aan te geven dat men het eigenlijk gewoon niet aandurft. Het zou goed zijn als dit juist wel uitgesproken wordt, dan kan men met elkaar ieders mogelijkheden en onmogelijkheden in kaart brengen en naar oplossingen zoeken.'

De ontschotting kan volgens de deelnemers verbeterd worden als:

- Organisaties vaker samenwerkingsconvenanten afsluiten;
- Organisaties elkaar helpen zonder 'gezeur over financiën';
- Zorg rondom deze problematiek anders ingericht wordt: 'ieder voor zich' moet niet meer mogelijk zijn – er zou een overleg of een partij kunnen komen die centraal regie voert;
- Er op tijd begonnen wordt met het opnieuw leren van vaardigheden die van belang zijn om de aansluiting in/met de samenleving terug te krijgen. Hierbij zijn ook de praktische zaken van belang. Hoe open je een rekening, op welke wijze kun je een uitkering aanvragen, hoe werkt een smartphone en het openbaar vervoer.
- Er al in een vroeg stadium wordt onderzocht welke door- of uitstroombmogelijkheden en voorzieningen er zijn en daarop actie wordt ondernomen;
- Forensische expertise in buurt- en wijkteams vergroot wordt;
- In geval van klinische behandeling 'buiten' zo snel mogelijk naar 'binnen' gehaald wordt, al vóór het eerste verlot (bijvoorbeeld met behulp van een 'transmuraal expertiseteam');
- Casemanagers gekoppeld worden aan de cliënt, die de cliënt blijven volgen;
- Organisaties meer concreet gaan samenwerken (door met elkaar mee te lopen) of samen projecten op zetten. Hierdoor kunnen ze elkaar beter leren kennen, en kunnen ze de beperkingen in mogelijkheden begrijpen en erkennen. Dit moet op zowel bestuurlijk als op "werkvloer" niveau.

Thema 2: Problematische doorstroom van een complexe doelgroep

De overgang van een intramurale naar een extramurale plek is vaak te groot voor cliënten. Dit wordt bijvoorbeeld ervaren wanneer een cliënt uit een beveiligde en beperkende detentiesituatie zoals na een ISD-maatregel bij een RIBW komt; zowel de professionals als de fysieke huisvesting zijn daar onvoldoende toegerust voor deze cliënten met doorgaans complexe problematiek en er zijn onvoldoende controlemogelijkheden. De overdracht is vaak minimaal ('dossier wordt over de schutting gegooid'), zodat de professionals onvoldoende voorbereid zijn. Dit kan grote problemen opleveren, met name wanneer er sprake is van agressieproblematiek en verslaving bij een cliënt. 'Warme overdracht zouden we graag willen. Het gat tussen ISD en RIBW is té groot, er moet een tussenfase komen' (fg2.7). Het gevolg is dat professionals overbelast raken en dat er dreigende situaties kunnen ontstaan die voor professionals, maar ook voor medebewoners en cliënten zelf als traumatisch kunnen worden ervaren.

Ook de overgang van de forensisch klinische zorg naar reguliere klinische ggz is te groot. Professionals in de reguliere ggz zijn onvoldoende bekend met de forensische doelgroep en zijn vanwege deze onbekendheid, maar ook na eerdere negatieve ervaringen met de forensische doelgroep huiverig voor opname. 'Er is angst over hoog risico-casussen, ervaringen binnen de reguliere ggz zijn in het verleden negatief geweest' (fg2.4). Er zijn tevens zorgen over het welbevinden van andere cliënten: 'er zitten daar ook patiënten van 18 met een eerste depressie, die dan op afdeling moeten zitten met forensische delinquenten met agressieproblematiek' (fg2.4).

De overgang kan volgens de deelnemers worden verbeterd als:

- Er een tussenstap gemaakt kan worden, waarbij meer controlemogelijkheden zijn. Oftewel voorzieningen die qua beveiligingsniveau tussen het hoge niveau van detentie en het lage niveau van begeleid wonen zitten;
- Forensische expertise vergroot kan worden in brede zin (reguliere ggz, gemeenten, wijkteams, etc.);

- Er sprake is van warme overdracht: niet enkel het dossier van de cliënt aanbieden, maar in gesprek gaan en blijven met elkaar en bespreken wat de belangrijkste aandachtspunten voor de begeleiding zijn;
- Er voldoende mogelijkheden voor (tijdelijke) terugplaatsing geboden kunnen worden;
- Men elkaar beter leert kennen, in gesprek kan gaan en open zijn over onzekerheden en beperkingen.

Thema 3: Samenwerking

Het bestuurlijk regelen van de samenwerking blijkt in de praktijk ontoereikend. Het is weliswaar een van de voorwaarden om tot samenwerking te komen, maar lang niet voldoende. 'Dan kom ik concreet op de werkvloer met een tbs-gestelde met zedendelicten en dan zegt iedereen "ja hallo, daar heb ik niet voor gekozen om mee te werken, die willen wij niet". Dan krijg je crisis in het team, gedoe, wij allemaal uitleggen waarom het wel kan, zij allemaal roepen waarom het niet kan, je bent zo een half jaar tot een jaar verder en er komt niets van de grond. Wat bestuurlijk bedacht wordt, wordt slecht gecommuniceerd naar de mensen die het moeten gaan uitvoeren' (fg1.5). Duidelijk wordt dat 'buiten en binnen' (politie en ambulante zorg versus klinische zorg) te weinig van elkaar weten. Het is een verantwoordelijkheid van iedereen om dit te verbeteren: 'Wij zijn zelf ook gehospitaliseerd. Als je in een kliniek werkt, denk je heel erg klinisch. We moeten de kloof kleiner maken. En we proberen dat heel erg hard' (Fg1.5). Een andere deelnemer zegt: 'Het is een goede beweging dat er meer gebruik gemaakt gaat worden van veiligheidshuizen, die zorg- en veiligheidshuizen gaan heten. Zo komt er samenwerking tussen bijvoorbeeld de KIB en de gebiedsmanagers, die niets van elkaars bestaan wisten' (fg1.1).

Een belangrijk punt in de samenwerking is volgens de deelnemers dat er meer vertrouwen tussen instellingen komt. Meer vertrouwen leidt tot betere samenwerking. Om dit vertrouwen te bewerkstelligen, doen de deelnemers een aantal concrete suggesties:

- Investeren in lokale netwerken;
- In elkaars zorgpraktijk meelopen, op uitvoerend en bestuurlijk niveau;
- Een Schakelpunt organiseren waar (een beperkt aantal) 'aanjagers' instellingen en personen met elkaar verbinden (intermediair);
- Kennismaken met de cliënten bij aanmelding en niet slechts op dossier oordelen en afwijzen.

Thema 4: Scholing

Zowel gedurende opleidingen als in de praktijk is meer kennis over het forensische werkveld nodig. Op de hogescholen zou scholing verzorgd moeten worden door vakmensen (die in de praktijk werken). Het is belangrijk dat al tijdens de opleiding ook daadwerkelijk ervaring in de praktijk wordt opgedaan om een goed en realistisch beeld te krijgen van de doelgroep en het werkveld. Een goede voorbereiding op het forensische werk is essentieel en kan er voor zorgen dat er meer stabiliteit komt. Het personeelsverloop is in de sector erg hoog; mede vanwege negatieve ervaringen. 'Er is personeelstekort, ze weten niet waar ze het vandaan moeten halen. Je moet blij zijn als je onervaren meisjes van 20 kunt krijgen want er is verder niks. Er is ook veel verloop' (fg2.6).

Maar ook in de wijkteams (waar het werk soms vele malen moeilijker is dan in een tbs-kliniek waar alles geregeld is, aldus een van de deelnemers die zelf in een FPC werkt) is het van belang dat experts scholing verzorgen of komen werken (zoals gebeurt in een pilot van één van de deelnemende reclasseringsorganisaties waarvan een deelnemer aanwezig was bij focusgroep 1) om te zorgen dat de toestand van cliënten niet verslechtert waardoor ingrijpende zorg nodig is. Het is dus een wisselwerking: er moet kennis uit de forensische zorg 'naar buiten' om te zorgen dat cliënten stabiel blijven en niet terug hoeven naar forensische zorg of er überhaupt niet aankomen (preventie).

Deelnemers ervaren dat de zorg de laatste jaren 'uitgekleed' is. 'Er is weinig personeel en er is weinig kwalitatief goed personeel. Veel aanbieders zijn niet doorgewinterd als het gaat om forensische zorg, die houden niet van gekke mensen. Bijvoorbeeld sommige zorgboerderijen, ze hebben geen idee wat ze aan het doen zijn' (fg1.6).

Deelnemers hebben goede ervaringen met het leren van en met elkaar in de praktijk aan de hand van concrete casuïstiek. Door alle partijen aan tafel te krijgen en een methodische leerbijeenkomst, of werkatelier te organiseren, ontstaat begrip voor de positie en (on)mogelijkheden van alle samenwerkingspartners. Dan is er sprake van gezamenlijk leren en kunnen/durven instellingen ook hun verantwoordelijkheid te nemen. Een leerproces dus die concreet is (casuïstiek) maar (mede) plaatsvindt op beleidsniveau. Dit is ook een manier om kennis en kunde te delen met elkaar.

De vertegenwoordiger van het OM geeft aan dat er bij het OM te weinig kennis is over het forensische werkveld, zowel inhoudelijk als over de problemen die spelen wat betreft continuïteit binnen het werkveld. Zij zijn zich niet altijd bewust wat de gevolgen van bepaalde beslissingen zijn voor het werkveld 'Wij nemen beslissingen en droppen die gewoon bij jullie. Wij hebben vaak geen idee wat dit in de praktijk inhoudt en wat dit teweeg brengt' (fg2.1). Discipline-overstijgende scholing is waardevol: zowel meer kennis over de forensische doelgroep naar het OM, als meer kennis over o.a. wet- en regelgeving van het OM naar het forensische werkveld.

Thema 5: Continuïteit van informatie/risicomanagement

Een gevolg van de schotten en de problemen in de samenwerking levert de deelnemers een grote zorg op bij het doorplaatsen van cliënten: de continuïteit van de zorg(informatie). 'De informatie moet bewaard blijven, zodat het risicomanagement op orde blijft' (fg1.5). Die kwaliteit van informatie laat te wensen over: 'Overdrachten zijn echt heel slecht. Of je krijgt ze niet, of je hebt er niets aan' (fg1.4). Een ultieme remedie is dreigen in zulke gevallen de cliënt niet op te nemen. Dat helpt, maar zo zou het niet horen te gaan.

De nieuwe privacywet baart ook grote zorgen: 'de privacywetgeving maakt overdracht echt onmogelijk. Dit dwingt mensen tot creatief zijn binnen de wetgeving. Maar het is ook nog onduidelijk wat er allemaal wel en niet mag' (fg2.6).

6.2.2 Thematische analyse focusgroep / interview cliënten

Uit de focusgroep en het interview met cliënten kwamen eveneens vijf hoofdthema's naar voren, zoals geïdentificeerd door de drie onderzoekers en besproken in een debriefingsessie. Deze thema's, evenals mogelijke oplossingsrichtingen die de cliënten aandroegen worden in Tabel 6.2 opgesomd en daaronder besproken.

Tabel 6.2
Thema's focusgroep/interview cliënten

	Thema	Oplossingsrichting
1.	Fragmentatie van de zorg (schotten)	Warme overdracht
2.	Gebrekkige doorstroom	Tijdige start en praktische vaardigheden
3.	Communicatie tussen forensische zorg en de samenleving	Transparante, eerlijke en effectieve communicatie
4.	Passende zorg: match	Goede match met vervolgsetting
5.	Menselijke benadering	Fouten mogen maken en cliënten serieus en vanuit menselijk gevoel benaderen

Thema 1: Fragmentatie van de zorg (schotten): warme overdracht

Cliënten van forensische zorginstellingen ervaren een gebrek aan overdracht. Dit ervaren zij zowel tussen instellingen als binnen instellingen. Er wordt aangegeven dat bij een overplaatsing alle dossiergegevens van eerdere plaatsingen wel mee worden gegeven, maar dat de cliënten niet ervaren dat hier gebruik van wordt gemaakt. Ze hebben het gevoel dat zij telkens opnieuw, van voren af aan, moeten beginnen met het behandelprogramma. Het nieuwe behandelteam zou volgens cliënten meer moeten bouwen op bestaande kennis. De ontvangende afdeling/instelling borduurt niet voort, maar gaat eerst zelf observeren. Cliënt 3 zegt hierover: 'Het is alsof je iedere keer opnieuw begint met een huis bouwen. Je staat met je voeten in de modder en begint met het leggen van fundering. Iedere keer opnieuw. Dat kost heel veel tijd en geld'.

De praktische zaken rondom een overplaatsing worden ook als lastig ervaren. De cliënten krijgen telkens nieuwe medebewoners, moeten steeds een lange periode (er wordt gesproken over 3 maanden) worden gewacht op spullen, vooral vanuit de PI. Soms komen niet alle persoonlijke spullen aan, maar volgens cliënten kun je hier geen klacht over indienen omdat DV&O en de instellingen zich niet aansprakelijk stellen voor vermissing van de spullen.

Cliënten geven aan dat ze het lastig vinden dat regels omtrent overplaatsingen overal anders zijn. Bij de ene instelling krijgen cliënten een maand van tevoren te horen dat ze worden overgeplaatst. Bij andere instellingen krijgen ze het de dag van tevoren pas te horen. De overplaatsing zelf verloopt ook praktisch gezien anders. Cliënten hebben het gevoel dat er meer met "gelijke monniken, gelijke kappen" moet worden gewerkt rondom overplaatsingen. Dan weten cliënten en

professionals waar ze aan toe zijn, bijvoorbeeld wat de uiterlijke termijn is om een overplaatsingsbesluit kenbaar te maken.

Tenslotte wordt het 'telkens weer opnieuw moeten beginnen' ook ervaren in het rechtssysteem. Cliënten zien steeds een andere rechter die zich iedere keer opnieuw moet inlezen in het dossier. Hoewel het inlezen wel redelijk goed lijkt te gebeuren focussen de rechters zich steeds op de huidige situatie, waardoor ook hier fragmentatie ontstaat in het traject.

Thema 2: Gebrekkige doorstroom: tijdige start en praktische vaardigheden

Cliënten geven aan dat tegen het einde van het traject er nog veel geregeld moet worden om de resocialisatie vorm te geven en dat hier ook vaak nog wendingen in plaatsvinden. Zo wordt ook door cliënten ervaren dat een ingezette vervolgplaatsing toch niet door kan gaan doordat de beoogde setting bijvoorbeeld geen forensische cliënten aanneemt, of geen zedendelinquenten (of een ander populatie). Dan moet er een nieuwe setting worden gevonden. Eén van de cliënten geeft aan zijn nazorg grotendeels zelf te hebben geregeld. De cliënten geven aan het belangrijk te vinden dat er tijdig wordt gestart en dat er een realistisch traject wordt gestart. Om teleurstelling te voorkomen zouden vervolginstellingen pas als realistisch traject moeten worden gestart als duidelijk is dat er geen contra-indicaties zijn. Nu stapelen hoop en frustratie zich op.

Cliënten geven ook aan dat praktische vaardigheden en 'regelzaken' hierin ontzettend belangrijk zijn. De samenleving beweegt snel met betrekking tot nieuwe ontwikkelingen, zoals ICT en geldzaken, waar cliënten die geruime tijd in gesloten instellingen hebben verbleven niet bekend mee zijn. Ook 'regelzaken' kunnen ingewikkeld zijn. Bij langdurig verblijf wordt alles voor de cliënt gedaan. Na uitstroom moet hij alles zelf doen, maar ook dit kan problemen veroorzaken. Zo stelt cliënt 6: 'Ik moest een uitkering aanvragen, maar zolang je onder de kliniek valt kan dit niet. Vervolgens heb ik een uitkering aangevraagd, maar dit was een andere gemeente dan waar ik uiteindelijk ging wonen. Gelukkig heb ik in de inrichting genoeg kunnen sparen, anders had ik de resocialisatieperiode ook nog grote schulden opgelopen'.

Thema 3: Communicatie tussen forensische zorg en de samenleving: duidelijke communicatie

Cliënten geven aan dat het tbs-kader in het bijzonder als lastig en tweeledig wordt ervaren. Zo blijkt dat diverse instellingen moeite hebben met forensische cliënten, maar dat een tbs-kader ook een stok achter de deur kan zijn om blijvende zorg te blijven ontvangen. Cliënten geven aan dat ze vaak pas zorg krijgen als ze aangeven een tbs-dwang maatregel in hun verleden te hebben gehad. Er moet blijkbaar eerst iets gebeuren 'er moet een delict zijn geweest, of slachtoffers', voordat passende zorg kan worden geregeld. Hierdoor blijven cliënten hun tbs verleden 'gebruiken' voor de organisatie van zorg, hoewel ze zich hier liever van los zouden willen maken.

De communicatie met derden over hun verleden wordt in andere situaties juist weer als lastig ervaren. Cliënten geven hierbij aan door personeel van forensische zorginstellingen altijd te worden geadviseerd om openheid te geven. Echter, door externe werkgevers wordt vervolgens aangegeven dat de (ex-)cliënt dit beter niet tegen collega's kan vertellen. Ook vinden (ex-) forensische cliënten het lastig om over hun verleden te communiceren met anderen in de samenleving, bijvoorbeeld burens of verenigingsgenoten. 'Je moet liegen als het gaat over belangrijke gebeurtenissen, zoals 'waar was jij op 9/11?', illustreert cliënt 6.

Thema 4: Passende zorg - match met vervolgsetting niet altijd duidelijk voor cliënt

Cliënten geven aan dat ze niet altijd hebben begrepen waarom ze in een bepaalde instellingen waren geplaatst. Ze vinden de instelling waar ze terecht komen niet altijd passend bij hun behoeften. Cliënt 4: 'Ze wilden mij plaatsen in een inrichting waar openlijk werd gebruikt, terwijl ik zelf net was afgekickt. Ik ben in instellingen geplaatst ook waar de dealers voor de deur stonden, en waar overal drugs was. Ik voelde me toen eenzaam. Ik wilde ergens zijn waar ik geen drugs mocht gebruiken, maar waar ik bezig zou zijn met werk of opleiding, maar niet met drugs'. Als cliënten dat zelf aangeven wordt hier in hun beleving weinig tot niet naar geluisterd. Zij hebben het gevoel dat er enkel voor hun wordt beslist.

Daarnaast wordt wel aangegeven dat enige doorstroom toch wel gewenst is en te lang op dezelfde afdeling blijven ook niet (altijd) passend is. Naarmate de tijd vordert ontstaat er een symbiose tussen behandelteam en cliënt, waardoor verandering ook wellicht geen ruimte krijgt of minder zichtbaar is, doordat objectiviteit niet meer geheel mogelijk is. Client 6: 'Je verandert en als je altijd bij hetzelfde team blijft merken die dat wellicht niet altijd, die werken nog met je 'oude ik' terwijl er sprake is van een 'nieuwe ik'. Op één afdeling zitten voor een lange termijn creëert een

soort van 'ik-hun'-creatie. Je bent dan niet meer objectief over elkaar. Op een afdeling is het nodig dat er mensen zitten die al verlof hebben, waar je je aan kunt optrekken'.

Thema 5: Menselijkheid en fouten mogen maken

Cliënten geven aan dat ze ervaren dat er geen fouten mogen worden gemaakt. Cliënt 2 geeft aan dat hij het gevoel heeft dat hij zichzelf niet kan zijn. Hij heeft het gevoel dat als hij zichzelf zou zijn hij nooit 'uit het systeem' zou komen. Een andere cliënt geeft aan dat er wel gezegd wordt 'je bent hier om van je fouten te leren, je mag fouten maken', maar als dat gebeurt dat er direct consequenties aan zitten, je gestraft wordt. Cliënt 5 geeft aan diverse time-out plaatsingen te hebben meegemaakt, en diverse keren zijn verlof voor een jaar te zijn kwijt geweest door terugval in alcoholgebruik. Hij geeft aan dat er nooit naar de redenen van zijn alcoholgebruik is gevraagd.

Wanneer we cliënten vragen naar positieve ervaringen wordt door vrijwel alle cliënten menselijkheid als belangrijk genoemd. Regels worden als belangrijk ervaren door cliënten en zij vinden het prettig als de regels voor verschillende cliënten in beginsel gelijk worden ervaren, maar alle cliënten vinden dat menselijkheid en enige speling in de regels als je openheid toont gewenst is. Cliënten ervaren bij positieve ervaringen een luisterend oor, en duidelijke communicatie. Dit vinden zij belangrijk.

Samenvattend kan worden gesteld dat menselijkheid door cliënten als belangrijke positieve invloed wordt ervaren, en dat zij graag als mens behandeld willen worden ook als ze "fouten" maken.

6.3 Conclusie

Vanuit de focusgroepen met professionals kwam naar voren dat de fragmentatie van de zorg, onvoldoende bekendheid met de complexe doelgroep, elkaars werk en (on)mogelijkheden, het gebrek aan onderling vertrouwen en samenwerking en het niet nemen van verantwoordelijkheden, grote pijnpunten zijn als het gaat om continuïteit in en na de forensische zorg. Een concreet gevolg hiervan is dat er geen sprake is van continuïteit van informatieoverdracht, met alle risico's van dien. Suggesties ter verbetering liggen op niveau van de instelling, de professionals zelf, op lokaal/regionaal niveau en betreffen daarnaast het thema opleiden/scholing.

Vanuit de cliënten kwamen deels dezelfde thema's naar voren als bij de professionals en ook deels dezelfde oplossingsrichtingen, bijvoorbeeld het belang van een goede overdracht en duidelijke communicatie. Ook de tijdige start met uitstroomplannen en aandacht voor praktische zaken hierin worden door zowel professionals als cliënten benoemd. Professionals ervaren deze problemen als frustratie in hun dagelijkse werk, voor cliënten hebben deze problemen grote gevolgen voor hun hele levenssituatie.

Cliënten leggen daarbij ook duidelijk de link met de (communicatie naar de) maatschappij en zij benadrukken dat de menselijke benadering van groot belang is: gehoord, gezien en serieus genomen worden in hun trajecten. Eerlijkheid in communiceren wanneer het bijvoorbeeld niet lukt om een vervolgetraject te realiseren.

In feite lijken alle problemen subproblemen van de geconstateerde fragmentatie/schotten in de zorg. De belangrijkste oplossingsrichtingen die door professionals en cliënten worden aangedragen zijn verbetering van de samenwerking - onderling maar met name ook met reguliere ggz-ketenpartners; meer scholing op specifieke aandachtsgebieden; goede en tijdige discharge planning met aandacht voor de praktische kant; continuïteit en daarbij volledigheid van informatie doorheen de keten en ten slotte is er ook grote behoefte aan meer bedden van een bepaald type (met name voor langdurige zorg). Zie voor een overzicht van deze oplossingsrichtingen figuur 6.1.



Figuur 6.1 Overzicht van belangrijkste oplossingsrichtingen rondom het probleem van fragmentatie in forensische zorg.

7. Discussie en aanbevelingen

7.1 Conclusies

Uit deze behoefte-inventarisatie is gebleken dat het onderwerp continuïteit in de forensische zorgketen sterk leeft. We kregen veel respons op de enquête en focusgroepen en zowel professionals als cliënten rapporteren in de dagelijkse praktijk zeer regelmatig knelpunten te ervaren. Hierbij worden de in eerdere rapportages geconstateerde knelpunten herkend, waarbij de belangrijkste zijn: het beperkte aantal plaatsen voor doorstroom van forensische naar reguliere psychiatrie, ingewikkeldheden in de samenwerking (met name tussen forensische en reguliere zorg) en het beperkte aantal plaatsen voor langdurige zorg/longstay. Een aandachtspunt hierbij is dat er relatief veel problemen worden ervaren in de continuïteit van zorg bij cliënten met multiproblematiek, een achtergrond van zedendelicten, (licht) verstandelijke beperking, en vrouwen (met name wat betreft plaatsing in gemengde woonvormen).

7.1.1 Programma's bereiken de werkvloer nauwelijks

Een belangrijke bevinding uit deze behoefte-inventarisatie is dat er al relatief veel is opgeleverd aan rapportages, (beleids)programma's en producten en dat er veel gaande is, maar dat concrete veranderingen tot nu toe beperkt zijn gebleven, en dat veel van de bestaande (beleids)programma's/producten de werkvloer niet of nauwelijks bereiken. Veel professionals geven aan onvoldoende bekend te zijn met de programma's/producten en er weinig gebruik van te maken. Tevens kwam naar voren dat er nog weinig empirische onderbouwing bestaat voor de diverse programma's en initiatieven. Het is belangrijk dat er gestructureerd wordt geëvalueerd en empirisch onderzoek wordt uitgevoerd, en er tevens aandacht is voor (langdurige) implementatie, zodat verder geïnvesteerd kan worden in werkzame programma's.

7.1.2 Verbeteren samenwerking is topprioriteit

Wat betreft de behoeften is er met name behoefte aan verbeteringen in de samenwerking. Het verbeteren van samenwerking wordt in feite door alle professionals in de enquête benoemd als nodig (69.8% vindt het heel erg nodig; 30.2% vindt het enigszins nodig) en komt ook in de focusgroepen duidelijk naar voren. Samenwerking kan op verschillende niveaus worden beschouwd: tussen individuen, tussen organisaties, binnen organisaties, binnen een regio, landelijk, mogelijk zelfs internationaal. Wat uit deze pre-call als meest prangend naar voren kwam zijn de gewenste verbeteringen tussen organisaties binnen een regio. Hier is het met name van belang dat er snel geschakeld kan worden en dat de lijnen kort zijn. Dit neemt niet weg dat er ook verbeteringen in samenwerking binnen organisaties en tussen individuen (professionals, cliënten, managers, beleidsmakers, etc.) van belang blijven. Bovendien kan regio-overstijgende samenwerking ook van toepassing zijn en van nut en kunnen regio's van elkaar leren.

Wat betreft optimale samenwerking wordt door professionals een aantal algemene punten benadrukt:

- Persoonlijk contact werkt vaak het beste, elkaar persoonlijk kennen en regelmatig ontmoeten is essentieel. Meer tijd en gelegenheid om elkaar te leren kennen/netwerken is van belang
- Dezelfde 'taal' spreken vergemakkelijkt het contact
- Het is van belang dat de gezamenlijke belangen en verantwoordelijkheid worden gevoeld en dat er verder wordt gedacht en gehandeld dan vanuit het belang van de eigen organisatie
- Een gezamenlijke kennisbasis/visie is onontbeerlijk
- Bekend zijn met de kunde, onkunde en onzekerheden van de ander is belangrijk voor een goede samenwerkingsrelatie. Transparantie en je kwetsbaar durven opstellen worden hierbij genoemd als belangrijke basis

Effectieve communicatie is een belangrijk onderdeel van samenwerking. Dat effectieve communicatie tussen de (diverse) professionals en cliënten essentieel is bleek uit zowel de focusgroepen als uit de enquête en wordt tevens bevestigd in de literatuur (Nurjannah et al., 2013). Door de cliënten wordt verder benadrukt dat 'de menselijke benadering' en transparante communicatie voor hen essentieel is in het contact met professionals: gezien, gehoord en serieus genomen worden, bijvoorbeeld dat aan hen wordt uitgelegd waarom een overplaatsing niet mogelijk is of waarom het zo lang duurt. Het belang van een warme (persoonlijke), zorgvuldige overdracht wordt door zowel professionals als cliënten benadrukt.

Goede samenwerking hangt sterk af van de betrokken individuen. Een duidelijke conclusie uit deze inventarisatie is dat alles staat of valt met de werkzame professionals en cliënten die begeleid worden. Hun onderlinge samenwerking, de samenwerking tussen verschillende professionals en tussen verschillende organisaties is wat continuïteit van zorg waarborgt. Het is mensenwerk, dus het is essentieel te investeren in mensen (professionals en cliënten). Daarnaast speelt mogelijk dat samenwerking tussen instellingen als weinig (financieel) lonend wordt gezien. Organisaties staan onder druk, onder andere omdat er de laatste jaren steeds meer administratieve taken bij gekomen zijn en er veel geregeld moet worden rondom één cliënt, waarbij effecten mogelijk kortdurend en kleinschalig lijken. Als samenwerking alleen als indirecte tijd op cliëntniveau wordt vergoed, kan dat een belemmering zijn. Het is echter wel mogelijk om dit vanuit de organisaties goed te faciliteren en te organiseren. Tijd en middelen zijn hiervoor nodig.

7.1.3 Geen nieuwe instrumenten, wel meer scholing

Er is vanuit de professionals relatief weinig behoefte aan nieuw instrumentarium, zoals taxatie-instrumenten. Uit deze pre-call kwam naar voren dat professionals wel meer informatie over bestaande programma's en initiatieven wensen en dat meer kennis over wet en regelgeving nodig is. Er zijn al veel mogelijkheden om deze kennis op te doen (o.a. via de Forensische leerlijn van het EFP en op de website www.continuiteitvanzorg.nl is veel informatie beschikbaar), maar kennelijk bereikt dit de werkvloer onvoldoende of niet. Dit is een bekend en serieus (implementatie)probleem. Mogelijk werkt het beter om op laagdrempelige en persoonlijke wijze kennis te verspreiden, bijvoorbeeld middels symposia, werkconferenties of methodische leerbijeenkomsten. Een andere manier is door het leren van elkaar op de werkvloer, een kijkje bij elkaar in de keuken nemen. De Kwaliteitsnetwerken van het EFP werken al met deze methodiek. Hierbij is het belangrijk te vermelden, alhoewel het als een 'open deur' klinkt, dat er ook tijd en middelen worden gereserveerd om producten en nieuwe werkwijzen te implementeren.

7.1.4 Discharge planning: tijdig beginnen met het plannen van uitstroom

Tot slot wordt door zowel cliënten als professionals genoemd dat het belangrijk is om in een zo vroeg mogelijk stadium te beginnen met het plannen van doorstroom/uitstroom. Cliënten wensen meer scholing op gebied van praktische vaardigheden (denk bijvoorbeeld aan het aanvragen van uitkering) ten behoeve van hun resocialisatietraject. Professionals ervaren ook dat op tijd beginnen noodzakelijk is, maar voegen hieraan toe dat er per situatie ook redenen zijn waarom het in de praktijk anders loopt. In de literatuur vonden we ondersteuning voor deze bevinding uit de focusgroepen ('discharge planning', zie onder andere Davis et al., 2008). Door aan het begin van een behandeling te gaan werken met een vorm van discharge planning is er voldoende tijd voor een goede overdracht en kennismaking met nieuwe professionals. Bij discharge planning hoort ook het (borgen van het) begeleiden van cliënten tijdens het traject.

7.1.5 Oplossen van wettelijke en financiële belemmeringen onverminderd urgent

Het oplossen van de wettelijke en financiële belemmeringen is onverminderd urgent. Behoeften die veel worden genoemd zijn uitbreiding van het aantal beschikbare plaatsen, het vergoeden van intakes en het oplossen van knelpunten rondom informatiedeling (in het kader van de privacywet). Diverse concrete acties worden daar reeds op ondernomen, zoals in de pilot ketenveldnorm.

7.1.6 De menselijke benadering is cruciaal

Door de cliënten, maar ook door professionals wordt steeds weer benadrukt dat het niet zou moeten gaan om geld en regels, maar dat de mens centraal moet staan. Succes staat of valt met de inzet en capaciteiten van de betrokken professionals en cliënten. Voor patiënten is het cruciaal dat zij zich gehoord, gezien en serieus genomen voelen. Zij wensen en verdienen bijvoorbeeld een eerlijke, transparante uitleg waarom een traject wel of niet lukt.

De conclusies uit deze pre-call liggen in lijn met eerdere stukken en sluiten bijvoorbeeld aan bij de aanbevelingen vanuit programma Continuïteit van zorg en Schakelteam Personen met Verward Gedrag (zie Afbeelding 4.3 in Hoofdstuk 4). Ook sluiten de conclusies aan bij de internationale literatuur, waar knelpunten van dezelfde strekking worden gerapporteerd en het belang van discharge planning wordt genoemd.

7.2 Prioritering behoeften

Vanuit deze inventarisatie is een prioritering van behoeften samen te stellen. In Tabel 7.1 sommen wij de belangrijkste behoeften op, zoals deze zijn genoemd door zowel professionals (in de enquête

en focusgroepen), en cliënten (focusgroep en interview). Het verbeteren van de samenwerking is de behoefte die het meest herkend is door respondenten. De andere behoeften staan niet in volgorde van belangrijkheid. Hierbij dient opgemerkt te worden dat sommige behoeften (deels) een politieke/bestuurlijke oplossing vragen en dus niet direct geschikt zijn voor een KFZ-call, bijvoorbeeld het vergoeden van persoonlijke intakes en het verhogen van het aantal beschikbare doorstroomplaatsen.

Tabel 7.1

Prioritering behoeften van professionals en cliënten voor het verbeteren van continuïteit in de forensische zorgketen

Behoefte		
1.	Verbeteren van samenwerking	Met name tussen organisaties en met name regionaal
2.	Meer zorgplaatsen	Van forensisch naar regulier en voor langdurige zorg
3.	Vergroten van kennis	Met name over wet en regelgeving, maar ook over bestaande programma's en initiatieven
4.	Discharge planning	Werkwijze verbeteren rondom het tijdig planning van doorstroom /uitstroom
5.	Vergoeden van intakes	Eerder contact, wegnemen financiële belemmeringen
6.	Continuïteit in informatie	Oplossen van knelpunten rondom informatiedeling (in kader van de privacywet)
7.	Effectieve en transparante communicatie	Transparante, eerlijke communicatie naar cliënten (duidelijk uitleggen waarom iets wel of niet kan)

7.3 Aanbevelingen KFZ-calls

Op basis van de resultaten van de deskresearch, enquête en focusgroepen constateren wij dat er al veel gaande is op gebied van het verbeteren van continuïteit van zorg en dat er met name behoefte is aan betere samenwerking. Ondanks dat er nog relatief weinig gestructureerd is geëvalueerd en onderzocht zijn er meerdere initiatieven die als veelbelovend te betitelen zijn. Een voorbeeld van een geëvalueerd programma is pilot indicatiestelling Rotterdam (zie verder Bijlage 2).

Ook met de nieuwe meerjarenovereenkomst forensische zorg, de ketenveldnorm welke thans gepilot wordt en veranderingen op gebied van wetgeving (wet forensische zorg) worden hopelijk op korte termijn verbeteringen bewerkstelligd. Het is goed om te blijven monitoren wat dit gaat betekenen en veranderen voor de dagelijkse praktijk en de continuïteit binnen de forensische keten.

Wij adviseren voor toekomstige KFZ-calls om zo veel mogelijk aan te sluiten bij lopende, potentieel succesvolle, initiatieven, de pilot ketenveldnorm en de beleidsstukken, zoals de meerjarenovereenkomst forensische zorg. We hebben in onze inventarisatie een grote versnippering in lopende initiatieven en programma's geconstateerd en we denken dat de kracht van toekomstige KFZ-calls juist moet liggen in het samenbrengen van alles wat gaande is en hierin de onderlinge lijnen versterken. Het leren van elkaar, en van elkaars successen en mislukkingen zou hierbij centraal dienen te staan. Samenwerking moet ook worden bevorderd en gefaciliteerd.

Wij komen op basis van de behoefte-inventarisatie tot twee concrete voorstellen voor toekomstige KFZ-calls. Deze twee voorstellen resulteren uit meerdere discussies tussen de drie onderzoekers over de bevindingen en een kleine praktijktoetsing. Vanuit de onderzoeksbevindingen hebben de onderzoekers vier ideeën uitgewerkt, en vervolgens werden deze ideeën getoetst tijdens een presentatie over dit project op het festival Forensische Zorg op 22 januari 2019. Deelnemers konden aan de hand van een Kahoot quiz⁴ aangeven hoe zinvol ze de ideeën vonden. Aan de Kahoot Quiz hebben 44 professionals uit het veld deelgenomen. De twee onderstaande calls kwamen daarbij als meest zinvol naar voren. Aan het einde van de presentatie zijn de twee

⁴ Kahoot! is een webtool waarmee een quiz, discussie of peiling gehouden kan worden in een groep. Deelnemers kunnen bijvoorbeeld op hun telefoon of tablet inloggen en participeren.

voorgestelde ideeën ook middels een Kahoot Quiz voorgelegd aan aanwezige professionals, waarbij beide oplossingsrichtingen door 100% van de deelnemers als “zinnig” werd bestempeld. Ook zijn de voorgestelde oplossingsrichtingen voorgelegd aan de stuurgroep. Uiteindelijk is ervoor gekozen om oplossingsrichtingen uit te werken die zich richten op de door professionals en cliënten meest prangende behoeften.

1. Ophalen best practices en ontwikkelen ontwerp voor regionale samenwerkingsverbanden

Er zijn al vele samenwerkingsverbanden en - meer of minder succesvolle – lopende initiatieven voor betere samenwerking. Het zou waardevol zijn om deze verbanden en de betrokkenen bijeen te brengen en van elkaar te leren. Het ophalen van best practices zou voorop dienen te staan: wat zijn de succesfactoren en wat kunnen anderen hiervan leren? Vervolgens zou een ontwerp ontwikkeld kunnen worden op basis van deze kennis, dat kan helpen bij de opzet van toekomstige samenwerkingsverbanden. Het reeds bestaande en gebruikte model van de Kwaliteitsnetwerken (zie <https://efp.nl/projecten/kwaliteitsnetwerken>) zou mogelijk een voorbeeldfunctie kunnen hebben.

Binnen een dergelijk project kunnen twee fases worden onderscheiden:

Fase 1 *Ophalen van best practices op het gebied van regionale samenwerking in het land; deze kennis bundelen in een toegankelijke publicatie en het organiseren van een landelijke conferentie waarbij deze publicatie wordt gedeeld en tevens met het veld kan worden nagedacht over het te ontwikkelen ontwerp.*

Het is aan te bevelen om een ronde te maken door Nederland. In een dergelijke opzet gaat een georganiseerde, multidisciplinaire vertegenwoordiging langs bij instellingen/organisaties. Zij zullen de verzamelde kennis bij elkaar brengen en bundelen. Het is van belang dat cliënten hier ook een duidelijke rol in krijgen.

Een punt van aandacht is dat deze gebundelde kennis vervolgens goed wordt verspreid, zodat eenieder er kennis van kan nemen. Het is onze aanbeveling om de gebundelde kennis op te nemen in een toegankelijke publicatie die actief wordt verspreid, zowel digitaal als op papier. Het advies is verder om af te sluiten met een gezamenlijke landelijke conferentie. Binnen instellingen zouden ook kleine werkconferenties georganiseerd kunnen worden.

Het is voorts van belang dat alle participerende organisaties tijd en middelen krijgen om te investeren en niet alleen de uitvoerders van de call. De facilitator kan bij de diverse organisaties langsgaan en samen met professionals en cliënten aldaar inventariseren, discussiëren en verslagleggen.

De volgende onderwerpen zouden bij het ophalen van best practices aan bod kunnen komen:

- Wat is het doel van het samenwerkingsverband?
- Is er een gezamenlijke visie geformuleerd?
- Hoe is het praktisch georganiseerd (frequentie, locatie, duur, deelnemers, etc.)
- Tegen welke knelpunten liepen jullie aan en hoe hebben jullie geprobeerd dat op te lossen?
- Wat zijn de succesfactoren?
- Wie beslist? Is er een ‘mandaatscommissie’ o.i.d.

Fase 2 *Het ontwikkelen van een ontwerp voor regionale samenwerking op basis van de opgehaalde best practices.*

De publicatie dient als eerste opzet, op de landelijke conferentie kan vervolgens verdere input worden opgehaald wat het ontwerp zou moeten omvatten, zowel qua inhoud als qua vorm en ook met betrekking tot de deelnemende partijen.

Een dergelijk ontwerp zou in ieder geval de volgende onderdelen dienen te bevatten:

- Heldere doelstelling en visie van het samenwerkingsverband
- Formulering van succesfactoren en mogelijke knelpunten
- Praktische organisatie van de samenwerking (inhoud, proces)
- Scholing
- Gestructureerde evaluatie

Een belangrijk aspect hierbij is duurzaamheid: hoe wordt gewaarborgd dat het samenwerkingsverband blijft functioneren, ook als de initiatiefnemers niet meer werkzaam zijn. Zogenaamde 'aanjagers' zijn belangrijk in het creëren van het samenwerkingsverband en draagvlak, maar moeten niet de steunpilaar worden die het hele verband dragen.

2. Ontwikkelen van een handreiking voor *Discharge planning*

Discharge planning - het al in een vroeg stadium nadenken over de koers van het traject en het organiseren van doorstroom of uitstroom - is essentieel en vergroot de kans op succes. Hiertoe is het belangrijk dat zowel cliënten, professionals als organisaties goed worden voorbereid. Veel instellingen hebben al modules om cliënten hierop voor te bereiden.

Vanuit dit onderzoek over continuïteit van zorg bevelen wij aan om een onderzoek te verrichten naar discharge planning. Onderzoeksvragen richten zich dan bij voorkeur op zowel de theorie als de praktijk. Welke bewezen effectieve praktijken zijn er? Wat zijn de werkzame elementen? Welke modules bestaan al? Het doel van dit onderzoek is het ontwikkelen van een handreiking voor cliënten en professionals. De handreiking beschrijft zowel de kernelementen van discharge planning bij overplaatsing (bijvoorbeeld van PI naar FPC, of tussen klinieken op hetzelfde beveiligingsniveau) en bij resocialisatie/uitplaatsing (dus in geval van 'afschaling' van zorg, bijvoorbeeld van FPK naar RIBW of ggz-instelling).

Hierbij wordt gedacht aan 2 elementaire componenten:

- 1) Het is belangrijk dat initiatiefnemers goed inventariseren welke (praktische) vaardigheden op ieder moment tijdens uitstroom aan de orde zijn, en welke zaken er spelen bij bepaalde doelgroepen. Hierbij wordt gedacht aan ander taalgebruik en tempo voor doelgroepen met LVB, en toevoegingen waarbij aandacht wordt besteed aan maatschappelijk gevoeligheid (en hoe daarmee om te gaan) bij ouders van maatschappelijk gevoelige indexdelicten.
- 2) De overgang tussen instellingen, maar ook tussen afdelingen, kan groot zijn voor betrokken cliënten. Het is daarom te adviseren om tijdig te beginnen met de voorbereidingen op een overplaatsing, en een beoogde overplaatsing enkel in te zetten wanneer deze concreet en passend is voor de cliënt.

In de handreiking zouden bijvoorbeeld de volgende ideeën kunnen worden uitgewerkt:

- a. Het ontwikkelen van een procedure waar een persoonlijke intake, waar mogelijk met rondleiding, standaard deel van uit maakt. Personeel geeft aan dit graag te doen, dit draagt bij aan een warme overdracht.
- b. Het opstellen van een leidraad voor de cliënt waarin wordt opgenomen wat hij of zij kan verwachten van de overplaatsing zelf in één overzicht (denk hierbij aan wijze van vervoer, transport van spullen, datum van ontvangen sleutel/overplaatsing), maar ook een overzicht van de vrijheden en verantwoordelijkheden die de cliënt na overplaatsing kan verwachten. Hierbij dient ook aandacht te zijn voor de praktische vaardigheden en regelzaken. Een plan dat de cliënt zich tijdig eigen kan maken biedt de cliënt en de professionals de kans om de ervaren gaten tussen afdelingen of instellingen te verkleinen.
- c. Indien mogelijk een opbouwfase in de overplaatsing, waarbij de cliënt geleidelijk kan opbouwen naar de overplaatsing toe. Hierbij kan worden gedacht aan richtlijnen voor een tijdlijn, waarbij de cliënt bijvoorbeeld eerst een dagdeel gaat meedraaien op de te ontvangen instelling of afdeling, en in opbouwende periodes gaat leven volgens de werkwijze van de te ontvangen instelling/afdeling terwijl hij/zij nog in vertrouwde omgeving is met eigen begeleiders, en er in de laatste fase voor overplaatsing multidisciplinair overleg plaatsvindt samen met de beoogde behandelaren en begeleiders van de te ontvangen instelling of afdeling.

7.3.1 Voorwaarden toekomstige KFZ-calls

Bij het uitzetten van deze calls bevelen wij enkele voorwaarden aan:

- Er behoren meerdere partijen en disciplines bij betrokken zijn.
- Omdat dischargeplanning gaat over de behandeling van cliënten, is het goed hen een substantiële rol te geven (meer dan enkel raadplegen voor advies) in de ontwikkeling

hiervan. Om cliënten voldoende te kunnen motiveren moet worden nagedacht om het zo aantrekkelijk en gemakkelijk mogelijk te maken om betrokken te zijn, bijvoorbeeld door flexibel te zijn in tijdstippen (bijvoorbeeld in de avonduren, na werktijd).

- We hebben in deze behoefte-inventarisatie geconstateerd dat veel programma's en producten nauwelijks landen op de werkvloer, dat is ook het risico van nieuwe calls. Toch is het opvallend dat dit bij vrijwel alle producten lijkt te gebeuren. Een implementatieplan kan hier wellicht verandering in aanbrengen.
- Koppel gestructureerde evaluatie/onderzoek aan de ontwikkeling/uitvoeren van nieuwe interventies/programma's.

7.4 Beperkingen aan deze inventarisatie

Op deze plaats willen wij enkele beperkingen van de inventarisatie benoemen. Binnen de relatief korte periode van zes maanden hebben wij deze inventarisatie zo zorgvuldig mogelijk uitgevoerd, wij pretenderen echter niet dat het huidige rapport een volledige en diepgaande inventarisatie biedt. Ten eerste hebben wij geen systematische review van de literatuur uit kunnen voeren binnen deze beperkte tijd, maar hebben we als alternatief een deskresearch gedaan, welke een meer globaal beeld oplevert. De gevonden internationale bevindingen zijn interessant en relevant, maar mogelijk niet altijd te vertalen naar de Nederlandse situatie. Ten tweede hebben we in de enquête zo breed mogelijk geïnventariseerd, maar daarbij hebben we mogelijk toch bepaalde groepen gemist. Zo hebben relatief weinig ervaringsdeskundigen (3.5%), en relatief weinig vertegenwoordigers van het OM, politie en gemeenten aan de enquête deelgenomen. Ditzelfde geldt voor de focusgroepen. Tot slot hebben we minder cliënten kunnen interesseren voor deelname aan de focusgroepen vergeleken met de professionals. Dit is deels inherent aan hun situatie en mogelijke psychische conditie. Tevens lijkt dit ook veroorzaakt doordat cliënten die momenteel in een ver stadium in hun traject zijn weinig interesse hebben, wat overigens begrijpelijk is, om nog deel te nemen aan onderzoek rondom forensische zorg. Desondanks hebben we van de zes betrokken cliënten waardevolle inbreng gekregen.

Literatuurlijst

- Adair, C. E., McDougall, G. M., Mitton, C. R., Joyce, A. S., Cameron, T., Gordon, A. (...) & Beckie, A. (2005). Continuity of Care and Health Outcomes Among Persons With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 56, 1061–1069. doi:10.1176/appi.ps.56.9.1061
- Andersson Elffers Felix (AEF) (2017). *Onderzoek naar de beletselen in de continuïteit van zorg voor mensen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die geen juridische titel (meer) hebben*. Via www.continuiteitvanzorg.nl, geraadpleegd 4 september 2018
- Andersson Elffers Felix (AEF) (2018). Samen naar betere zorg voor mensen met (potentieel) gevaarlijk gedrag als gevolg van een psychische stoornis en/of een verstandelijke beperking. Ketenveldnorm voor de levenslooppuntfunctie en beveiligde intensieve zorg. <https://legacy.vgn.nl/media/5b5aebb7ca791/Ketenveldnorm+beveiligde+zorg+en+levenslooppuntfunctie.pdf>. Geraadpleegd 4 september 2018
- Al Shamma, S., van de Dries, L., & Wolf, J. (2013). *CTI na detentie. Onderzoek naar Critical Time Intervention bij ex-gedeteneerden*. Nijmegen: Onderzoekcentrum maatschappelijke zorg en UMC St Radboud.
- Birgden, A. (2008). Offender rehabilitation: A normative framework for forensic psychologists. *Psychiatry, Psychology and Law*, 15(3), 450-468.
- Bonta, J. & Andrews, D.A. (2017). *The psychology of criminal conduct (sixth edition)*. New Providence, NJ: LexisNexis.
- Botha, U. A., Koen, L., Joska, J. A., Parker, J. S., Horn, N., Hering, L. M., & Oosthuizen, P. P. (2009). The Revolving door phenomenon in psychiatry: Comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(4), 461-468. doi:10.1007/s00127-009-0085-6
- Buyse, W., Van Dijk, B., Hofstra, D. & Szytniewski, B. (2018). Procevaluatie pilot doorzorgfunctionaris PI. Amsterdam: DSP-groep.
- Cabana, M. D., & Jee, S. H. (2004). Does continuity of care improve patient outcomes? *The Journal of Family Practice*, 53(12), 974-980.
- Continuïteit van zorg (2017a). *Bekostiging en regelgeving van aansluitende zorg voor patiënten na de strafrechtelijke titelperiode*. <http://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/CvZ%20bekostiging%20en%20regelgeving%20-%20mei%202017.pdf>. Geraadpleegd 10 september 2018.
- Continuïteit van zorg (2017b). *Handreiking voor professionals*. http://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/Handreiking_CvZ_v2.pdf. Geraadpleegd 12 september 2018.
- Continuïteit van zorg (2017c). Overzichtsdocument van knelpunten, oplossingsrichtingen en concrete uitwerkingen in de bekostiging van aansluitende zorg voor patiënten na de strafrechtelijke titelperiode. Via www.continuiteitvanzorg.nl, geraadpleegd 4 september 2018.
- Couturier, L., Maue, F., & McVey, C. (2005). Releasing inmates with mental illness and co-occurring disorders into the community. *Corrections Today*, 67(2), 82-85.
- Davis, K., Fallon, J., Vogel, S., & Teachout, A. (2008). Integrating into the Mental Health System from the Criminal Justice System: Jail Aftercare Services for Persons with a Severe Mental Illness. *Journal of Offender Rehabilitation*, 46(3-4), 217-231. doi:10.1080/10509670802143599
- de Vogel, V. (2018). Continuïteit in de justitiële keten: Over knellende kaders, koudwatervrees en witte raven. In: J. Bosker, V. de Vogel & L. Bitter: *Professionele Ankers*, Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Federatie Opvang, VGN, GGZ-Nederland & Ministerie van Justitie en Veiligheid (2018). *Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018-2021*.
- Goedvolk, M., & Walberg, A. (2013). *Evaluatie pilot zorgcontinuïteit. Ketensamenwerking in Rotterdam*. Barneveld: Significat, in opdracht van WODC, Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Gort, J. (2018). *Kleine delicten, grote zorgen*. <https://prezi.com/mkvq0g2ybdiv/kleine-delicten-grote-zorgen/> geraadpleegd 10 september 2018.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary view. *British Medical Journal*, 327, 1219-1221. doi:10.1136/bmj.327.7425.1219
- Harte, J.M., Van Kalmthout, W.D., & Knüppe, J.J.M.C. (2010). *Forensisch psychiatrisch toezicht. Evaluatie van de testfase van een vernieuwde vorm van toezicht op tbs gestelden*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- James, C., Stams, G. J. J. M., Asscher, J. J., De Roo, A. K., & Van der Laan, P. H. (2013). Aftercare programs for reducing recidivism among juvenile and young adult offenders: A

- Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*, 33, 263-274.
doi:10.1016/j.cpr.2012.10.013
- Ministerie van Justitie & Veiligheid (2018). *Koers en Kansen*, via <https://www.sanctieuitvoering.nl> Geraadpleegd 12 september 2018
- Murphy, S., Irving, C. B., Adams, C. E., & Driver, R. (2012). *Crisis intervention for people with severe mental illnesses (Review)*. The Cochrane Collaboration, Published: John Wiley & Sons.
- Nurjannah, I., Mills, J., Usher, K., & Park, T. (2013). Discharge planning in mental health care: An integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1175-1185. doi: 10.1111/jocn.12297
- Otten, A. (2015). *Toon W. is hersteld*. Helmond: Uitgeverij Comtext.
- Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2018). *Advies 'Ontwikkelingen en Knelpunten bij Forensisch Psychiatrische Klinieken en Afdelingen'*. Den Haag: RSJ.
- Schaftenaar, P. (2018). *Contact gezocht. Relationeel werken en het alledaagse als werkzame principes in de klinische forensische zorg*. Academisch Proefschrift. Amsterdam: SWP.
- Schaftenaar, P., & Baart, A. (2017). De waarde van relationele zorgverlening in de forensische psychiatrie. Een theoretische verkenning naar de uitgangspunten en mogelijke betekenis. *Waardenwerk* 2017(4), 123-134.
- Schaftenaar, P., Van Outheusden, I., Stams, G. J., & Baart, A. (2018). Relational caring and contact after treatment. An evaluation study on criminal recidivism. *International Journal of Law & Psychiatry*, 60, 45-50. doi:10.1016/j.ijlp.2018.07.011
- Schakelteam personen met verward gedrag (2018). *Op weg naar een persoonsgerichte aanpak. Eindrapportage schakelteam voor personen met verward gedrag*. <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/publicaties/op-naar-een-persoonsgerichte-aanpak-schakelteam-personen-met-verward-gedrag>. Geraadpleegd 27 september 2018.
- Schubert, C. A., Mulvey, E. P., Loughran, T. A., & Losoya, S. H. (2012). Perceptions of Institutional Experience and Community Outcomes for Serious Adolescent Offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 39, 71-93. doi:10.1177/0093854811426710
- Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) & Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) (2018). *Presentatie 'klein delict, grote zorgen'*, reflectiesessie FFZ. Geraadpleegd op <https://slideplayer.nl/slide/13952495/> 10 september 2018.
- Ten Kate, T. (2017). *Continuïteit van zorg. Wegwijzer naar een veilige zorgketen voor patiënt, naaste, organisatie en maatschappij*.
- Transfore (2017). *Continuïteit van zorg. Met het einddoel van de patiënt voor ogen*. Brochure, digitaal beschikbaar via <https://www.transfore.nl/continuïteit-van-zorg-het-kan>
- Van Outheusden, I., & Schaftenaar, P. (2016). Duurzame verbinding als antwoord op de forensische draaideur. *Sancties*, 46, 275-281.
- Van Veen, M., & Westerkamp, K. (2011). *Deskresearch; informatie selecteren, beoordelen en verwerken*. Amsterdam: Pearson Education.
- VNG (2018). *Handelingsperspectief Zorg en Veiligheid, sturen en verbinden om complexe casuïstiek in de samenleving aan te pakken*. <https://vng.nl/files/vng/publicaties/2018/20180718-handelingsperspectief-zorg-en-veiligheid.pdf>. Geraadpleegd 4 september 2018
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 243-257.
- Website Transfore (2018). <https://www.transfore.nl/oost-nederland-spotlightregio-continuïteit-van-zorg>, geraadpleegd 10 september 2018.
- Wimberly, A. S., Hyatt, J. M., & McKay, J. R. (2018). Effect of continuing care for people with cocaine dependence on criminal justice sentences. *Behavioral Sciences and the Law*, 36, 116-129. doi:10.1002/bsl.2330
- World Health Organization (2001). The world health report 2001: mental health: New understanding, new hope. World Health Organization

Bijlagen

Bijlage 1	Leden stuurgroep
Bijlage 2	Overzicht initiatieven om continuïteit van zorg in Nederland te verbeteren
Bijlage 3	Antwoorden op open vragen enquête professionals
Bijlage 4	Informed consent focusgroep professionals
Bijlage 5	Informed consent focusgroep cliënten / patiënten
Bijlage 6	Factsheet

Bijlage 1. Leden stuurgroep

Leden stuurgroep:

1. Erik Bulten (Pro Persona, Pompestichting)
2. Yvonne Bouman (Transfore)
3. Marike Lancel (GGZ Drenthe, FPK Assen, Universiteit Groningen)
4. Petra de Leede, Msc (Fivoor)
5. Marjolein Maas (SVG)
6. Coriene Pot (Veiligheidshuis regio Utrecht)
7. Christien Rippen (Trajectum)
8. Jeaninne Snejders-Beulen (De Rooyse Wissel)
9. Leontien van Veen (De Rooyse Wissel)
10. Femke Willems (De Rooyse Wissel)

De stuurgroep is tweemaal bij elkaar gekomen. In de eerste bijeenkomst werd het conceptrapport van de deskresearch besproken evenals de opzet van de enquête. In de tweede bijeenkomst werden de resultaten van de enquête en focusgroepen besproken en een concept van het eindrapport. Tot slot hebben de stuurgroep leden via de mail feedback geleverd op het concept eindrapport.

Bijlage 2. Overzicht initiatieven om continuïteit van zorg in Nederland te verbeteren

Overkoepelende naam	Naam initiatief	Start-datum	Aanpak/ Resultaten	Evaluatie ^a	Bronnen
Klein delict, grote zorgen		2017	Aan de hand van concrete casuïstiek partners in de keten met elkaar laten overleggen	Onbekend	Stichting Verslavingsreclassering (SVG) en EFP, 2018
Klein delict, grote zorgen	Korte klappen team	2018?	Zo snel mogelijk doorverwijzen naar passende hulpverlening, zodat recidive verlaagd wordt	Onbekend	Gort, 2018
Koers en Kansen	Flexibele voorziening Twente	2018 ¹	Het project houdt een kleinschalige voorziening DJI-3RO voor Twentse gedetineerden (m/v) met woonproblematiek en een aanvullende zorgvraag in.	Onbekend	https://www.sanctieuitvoering.nl/projecten-koers-en-kansen/nieuws/2017/01/31/flexibele-voorziening-twente
Koers en Kansen	Kortgestraften mét een plan uit de PI	2018 ¹	Door het verbeteren van regionale samenwerking en informatievoorziening tussen PI's, reclassering, gemeenten en organisaties voor zorg- en ondersteuning, krijgt iedere kortgestrafte een gedegen re-integratieplan.	Onbekend	https://www.sanctieuitvoering.nl/projecten-koers-en-kansen/nieuws/2017/01/31/kortgestraften-met-een-plan-uit-de-pi
Koers en Kansen	Ontwikkeling PIBW	2018 ¹	De overgangen tussen zorg- en strafdader veroorzaken vaak een onderbreking van zorg en begeleiding. Hierdoor is zorg minder effectief en draagt de straf niet bij aan recidivevermindering.	Onbekend	https://www.sanctieuitvoering.nl/projecten-koers-en-kansen/nieuws/2017/01/31/ontwikkeling-pibw
Koers en Kansen	Multidisciplinair re-integratieteam Breda	2018 ¹	Met dit project richt City Deal Breda zich op het vroegtijdig starten van nazorg in de PI voorbereidingen op de terugkeer van ex-gedeteneerden.	Onbekend	https://www.sanctieuitvoering.nl/projecten-koers-en-kansen/nieuws/2017/01/31/multidisciplinair-re-integratieteam-breda
Programma continuïteit van zorg/ rapport Rake Vlakken	Forensisch Circuit Oost-Nederland (FCON)	2017	Het Forensisch Circuit Oost-Nederland (FCON), op initiatief van Transfore (forensische zorg, onderdeel van Dimence Groep) heeft tot doel de externe trajecten voor patiënten soepel te laten verlopen. Er is een maandelijks trajectoverleg om de patiënt met forensische problematiek op het juiste moment op de juiste plek met de best passende zorg te krijgen.	Onbekend	website Transfore, 2018; <i>Continuïteit van zorg. Met het einddoel van de patiënt voor ogen.</i> Brochure, digitaal beschikbaar via https://www.transfore.nl/continuïteit-van-zorg-het-kan
Programma continuïteit van zorg/ rapport Rake Vlakken	Indicatieoverleg Rotterdam	2017	Harmonisatie indicatiestelling door overnemen van indicatie voor maximaal 90 dagen; gezamenlijk vaststellen van indicatiestelling op casusniveau.	De pilot biedt als uitkomst een beproefde systematiek om tot indicaties te komen. Er ontstaat zicht op de doelgroep, waarbij tussen de organisaties verbindingen worden	http://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/6.3.b%20Eindrapport%20Continuïteit%20van%20zorg.pdf

				gelegd en feedback wordt gegeven op problemen aangaande plaatsing. Deze problematiek komt pregnant naar voren en zorgt voor structurele inbreng in het inkoopproces ten aanzien van alle deelnemende stelsels.	
n.v.t.	Critical time intervention na detentie	2011-2013	CTI biedt emotionele en praktische steun aan mensen die een kritische transitie doormaken, zoals de overgang van een institutionele voorziening naar (begeleid) zelfstandig wonen.	Ja, positieve ervaringen, vanwege beperkte onderzoeksgroep geen verdere uitspraken	Al Shamma, van den Dries, & Wolf, 2013.
n.v.t.	Duurzame verbinding, contact na behandeling	2012-heden	Vrijwillig contact met forensische cliënten na afloop van de behandeling door tijdens behandeling in te zetten op relatiegericht werken.	Onderzoek naar ervaringen en waarde cliënten en associatie met fors lagere recidive.	Schaftenaar, 2018; Schaftenaar, Van Outheden, Stams, & Baart, 2018
Personen met verward gedrag	Heerlen STAND-BY²	2017	Één herkenbare, coöperatieve uitvoeringsorganisatie en de introductie van populatiebesteding bij gelijktijdige afschaffing van het systeem van gemeentelijke beschikkingen en eigen bijdragen voor cliënten.	Onbekend: contractduur van drie jaar	https://www.skipt.nl/actueel/id29904-gemeente-heerlen-blaas-schotten-in-zorg-op.html
Personen met verward gedrag	Casusbespreking verwarde personen met EPA²	?	Wekelijkse bespreking met partners uit sociale, civiele en strafrechtelijke domein	Onbekend	https://www.veiligheidshuizen.nl/document/veiligheidshuizen/rotterdam/ernstg-verwarde-personen-knelpunten.pdf
Personen met verward gedrag	Samenwerking in de eerste lijn²	?	Afspraken over de uitstroom uit de SGGZ en de begeleiding in de eerste lijn van cliënten met een ernstig psychiatrische aandoening. Zo kan aan stabiele cliënten die de regie en verantwoordelijkheid voor hun eigen leven weer op willen pakken gestructureerde zorg in de eerste lijn geboden worden.	Cliënten voelen zich prettig bij de overname van zorg door huisarts en POH-GGZ. Wetend dat opschaling ook eenvoudig geregeld kan worden. Een jaar na de start bleek de uitstroom 10%.	https://vng.nl/personen-met-verward-gedrag/uit-de-praktijk-samenwerking-in-de-eerste-lijn

Personen met verward gedrag	Wonen, begeleiding en zorg²	?	Diverse lokale projecten: opstapwoningen; 'mien aigen hoes'.	Onbekend	https://vng.nl/personen-met-verward-gedrag/praktijkvoorbeelden
Personen met verward gedrag, Bouwsteen 'passende zorg, ondersteuning, straf'	Overleg Top-X Zorg & Veiligheid Midden-Nederland	2018	Opzetten structureel regionaal informatie- en coördinatiepunt voor inwoners die door verward gedrag zorgen voor agressie, (potentiele) dreiging, risico en/of gevaar voor de omgeving, met alle relevante partijen (o.a. ggz, vg, NIFP, OM, politie, 3RO).	Tussenevaluatie 6/2018: overleg voldoet aan behoefte van partners en maatschappij.	https://www.zonmw.nl
Personen met verward gedrag, Subsidie: Zon-MW	Schakelpunt 'Personen met verward gedrag en veiligheidsrisico'	2018	Het doel van het Schakelpunt is passende, tijdige zorg en het voorkomen en beperken van overlast en gevaar. Het Schakelpunt adviseert professionals binnen het complexe netwerk van (medische) zorg, strafrecht, en gemeentelijke hulp- en dienstverlening over de aanpak van complexe problematiek van personen in Midden-Nederland.	Onbekend	https://veiligheidscoalitie.nl/over/sc-hakelpunt-personen-met-verward-/
n.v.t.	Transforensische psychiatrie	2015	Voor mensen met ernstige waarnemings-, denk-, stemmings- en/of gedragsstoornissen met daaraan gekoppeld disruptief gedrag. Ze vertonen delictgedrag, maar vallen vooralsnog buiten het strafrecht. Ze dreigen zonder adequate behandeling verder te criminaliseren.	Eerste resultaten laten een vermindering in probleemgedrag zien.	https://www.mondriaan.eu/nl/verwijzen-en-aanmelden/behandelaanbod-mondriaan/behandelaanbod-volwassenen/transforensische
Adviescollege verloftoetsing	Overleg transmurale voorzieningen	2017?	Jaarlijks overleg met alle forensische aanbieders om doorstroom te bevorderen en het aanbod per instelling te kennen	Onbekend	Informeel, via De Rooyse Wissel

Bijlage 3. Antwoorden op open vragen enquête professionals

"Wat is op het gebied van continuïteit van zorg in de forensische keten het grootste probleem, of waar heeft u het meeste behoefte aan?"

- Het probleem is vaak dat als een titel afloopt het praktisch onmogelijk is om forensische zorg gefinancierd te krijgen, zorgverzekering geeft dan niet thuis, vindt dat de reguliere GGZ het moet kunnen.
- Dat niet juridische settings het moeilijk vinden om een justitiële patiënt in behandeling te nemen of in hun woonsetting op te nemen.
- Uitstroom/doorstroom.... cliënten moeten in regio elders verder worden geplaatst, maar lukt niet, waardoor na afloop strafblad de instelling noodgedwongen soms over moet gaan tot RM-procedures om langer verblijf te kunnen garanderen en risicomanagement te kunnen blijven verzorgen. Wachtlijsten, niet over willen nemen door collega instelling zijn ook zaken die elke keer weer de kop op duiken. Daarnaast probleem van WMO. Vaak niet duidelijk welke gemeente nu verantwoordelijk kan en moet zijn. Gemeentes schuiven heen en weer en gemeente Eindhoven is herhaaldelijk niet welwillend patiënten over te nemen binnen hun WMO.
- Financiële zuilen/wirwar indicaties (knelpunt), passende forensische uitstroom/ woonvoorzieningen (behoefte).
- Eilandjes en onvoldoende ketensamenwerking. Iedereen moet zich verantwoordelijk voelen.
- Vast personeel/ Vaste behandelaars
- (Forensisch) wonen/RIBW en op- en afschalen van zorg in de keten tussen forensische en niet forensische zorg
- De doorstroom. Cliënten worden lastig aangenomen.
- Meer beveiligde bedden.
- Voldoende goed opgeleid personeel. Betere afstemming tussen verschillende zorg instellingen binnen de GGZ/Justitie.
- FPC, FPK of RIBW-plekken.
- Afschaling/doorstroom en woontekort.
- Doorplaatsen van uitbehandelde patiënten oftewel geschikte vervolgvoorziening vinden.
- Geen eenduidige afspraken, lijnen zijn soms te veel en te vaag. Daarnaast krijgen we vaak geen overdrachten mee bij nieuwe opnames, dus geen idee wat iemand aan medicatie gebruikt of in wat voor een programma een persoon zit en wat de benaderingsstijl is. Vaak onder het mom van privacy. Terwijl onder het mom van goed hulpverlener schap het prettig is als de basisinformatie i.i.g. wordt doorgegeven. Duidelijkheid over wie doet nu wat en wat is een ieders verantwoordelijkheid. Duidelijke overdracht en betere communicatie met verwijzers en instanties waar mensen vandaan komen (PI of andere FPK/FPC).
- Opnameklinieken en woonplekken.
- Doorverwijzen lukt vaak niet, reguliere GGZ vinden onze cliënten "eng" begeleid woonplekken tekort, tekort aan personeel.
- Vervolgplek na behandeling kliniek.
- De ingekochte plaatsen in een instellingen variëren van jaar tot jaar en zijn casus gebonden. Deze plekken worden veelal ingenomen door Tbs-ers met proefverlof, transmuraal verlof of TBS met voorwaardelijke beëindiging. Een derde groep forensische cliënten, die via de reclassering of het veiligheidshuis worden aangemeld bij de RIBW, moeten om die reden vaak lang wachten.
- Voldoende doorstroom plaatsen na de forensische titel.
- De zorg nadat de titel wegvalt en iemand met onvoorwaardelijke beëindiging alleen op straat staat.
- Passende aansluiting op woonplek na verblijf FRIBW.
- Patiënten met einddatum moeten naar 'buiten' terwijl dat niet verantwoord is. Er zou veel meer (persoonlijke) begeleiding of woonbegeleiding moeten worden ingezet.
- Continuïteit, bij voorkeur zou een eenmaal opgebouwde band met behandelaar lang voortgezet moeten worden om verlies van kennisoverdracht te beperken.
- Dat de doelgroep erg veel zorg vraagt, waardoor het geen re-integratie traject meer wordt, maar een woonvorm.
- Wachtlijsten.
- Grootste probleem is de doorstroom en de lange wachtlijsten.
- Opvang en nazorg.
- Er zijn vaak lange wachtlijsten, daarnaast lijkt de overstap voor sommige patiënten toch nog teveel veranderingen met zich mee te brengen, waardoor ze soms weer op de FPA worden teruggezet.
- Doorstroommogelijkheden voor cliënten die tussen wal en schip vallen.
- De doorstroom in de keten.
- Trajecten vertragen/stagneren doordat uitstroom niet mogelijk is.
- Het ontbreekt aan goede vervolgplekken na verblijf in FPC die wel nog een stuk veiligheid bieden. Het ontbreekt aan tussenstappen tussen FPC/RIBW. Daarnaast is het verloop van personeel een groot

probleem om de continuïteit van zorg op de behandelafdelingen te handhaven. Het ontbreekt bij de sociotherapie aan kwantiteit en kwaliteit.

- Goede overdracht, tijd voor de voorbereiding van uitstroom.
- Continuïteit van personeel is een zorg van aandacht. Bij een intensieve behandeling zijn wisselingen niet wenselijk in het multidisciplinaire behandelteam.
- Goede tussenstappen bij het vervolgtraject naar volgende instellingen.
- Er moet teveel geregistreerd worden. Teveel administratieve rompslomp wat vreselijk ten koste gaat naar de zorg van onze patiënten. Het fysieke contact tussen ons en onze patiënten is daardoor zeer nihil. We verliezen het uiterst belangrijke zicht op deze manier op onze patiënten.
- Samenwerking met reclassering, onduidelijke afstemming, ambulante zorg wordt vaak te laat ingevlogen. Het 'wie moet wat doen' stukje is vaak te onduidelijk en van beide kanten wordt er niet proactief achterna gezeten.
- Uitstroom laat vaak lang op zich wachten i.v.m. niet beschikbaar zijn van (passende) vervolgplek.
- Een passende vervolgvoorziening.
- Meer mogelijkheden tot doorstroom voor patiënten. Regelmatig komt het voor dat patiënten langer dan nodig opgenomen zijn in de kliniek. Dit biedt weinig toekomstperspectief voor de betreffende patiënt, en daarbij houden zij een kostbare plek bezet voor mensen die de hulp hard nodig hebben.
- De lange wachtlijsten voor het uitplaatsen van LVB-patiënten. Zij vallen tussen wal en schip.
- Het vinden van een geschikte plaats.
- Begeleid wonen plaatsen (RIBW).
- Uitstroom van klinisch naar beschermde woonvorm i.v.m. ontbreken van plaatsingsmogelijkheden. Op tijd starten met ambulante hulpverlening in eindfase van klinische behandeling.
- Aanmelding bij niet-forensische vervolgbehandeling.
- De doorstroom naar het beschermd wonen.
- De doorstroom en veiligheid.
- Het gebrek aan specialistische behandelplekken
- Lange wachtlijsten.
- Meer vraag dan aanbod?
- Transparantie, openheid in dossiers.
- Passende woonvormen.
- Dat zorg niet stopt als de maatregel stopt (bv. door financieringsproblemen). Geschikte huisvesting met kennis van forensische zorg bij woonbegeleiders.
- Uitstroom naar passende woonvoorziening na klinisch traject.
- Wegvallen van financiering na einde titel tijd van procesgang/TUL.
- Goede vervolgplekken die voldoen aan de wens/noodzaak voor de cliënten.
- Patiënten die niet kunnen doorstromen en lange wachtlijsten, waardoor behandeling lijkt te stagneren.
- Indicaties die niet doorlopen na afloop titel Geen kader na einde titel bij onvoldoende motivatie voor zorg.
- Doorstroom in dagbesteding en dan vooral richting de vrijwillige organisaties(sportverenigingen).
- Begeleid en beschermd woonplekken - geen hulpvraag vanuit cliënt = geen hulp buurtteam, dus lagere drempel/outreaching/actieve houding buurtteams, zeker bij hoog (recidive-) risico zaken.
- Meer begeleid en beschermd wonen plaatsen. Geen lange wachttijden. Vooral voor complexe problematiek. Nazorg plekken ex-gedetineerden.
- Wanneer straftitel verdwijnt en financiering over gaat op andere zorg, dan zorgt dit voor problemen. Als detentie er tussendoor komt, dan stagneert of vervalt regelmatig het traject.
- Doorstroommogelijkheid van patiënten die naar een long care voorziening moeten is beperkt of verloopt traag. Gevolg hiervan is dat zij plaats bezet houden voor nieuwe opname van patiënten. Ook is het zo dat spanning oploopt van patiënten die wachten op overplaatsing naar een long care voorziening. Dat de doorstroom traag verloopt komt voornamelijk doordat er beperkte plaats is op de long care voorzieningen of doordat men patiënten afwijst omdat zij de casus niet passend vinden binnen hun zorgmogelijkheden.
- Grote verschillen tussen afdelingen qua kwaliteit, controle en bieden van zorg. Er zou meer moeten worden samengewerkt en meer op elkaar moeten worden aangepast. Het komt de patiënt ten goede als zij weinig verschil merken.
- De resocialisatie locatie De Blink (van de Kijvelanden) is vaak een te grote stap voor onze patiënten. Te veel verleiding en te weinig zorg/controle. Dit maakt dat veel patiënten zich niet aan voorwaarden houden en weer worden teruggeplaatst in de kliniek.
- Stabiel team, weinig verloop. Heldere visie, goed afgestemde programma. Het programma past bij de visie.
- Verbetering in de communicatie, wat zorgt voor duidelijkheid bij collega's en patiënten.
- Doorstroom naar/aansluiting op de reguliere ggz zowel klinisch, ambulant en GGZ woonvormen.
- De uitstroom van patiënten is vaak minimaal. Het gebeurt regelmatig dat hierdoor patiënten intern overgeplaatst worden om ruimte te maken voor een andere patiënt, dit niet altijd ten goede van de overgeplaatste patiënt. Wanneer er aangifte gedaan is tegen een patiënt vanwege een incident binnen

de kliniek, dan kan hun traject soms voor meer dan 1,5 jaar stil gelegd worden, omdat afhandeling bij de politie en/of rechter erg lang op zich laat wachten. Soms heeft de patiënt inmiddels al grote stappen gemaakt en moet hij naar mijn idee te lang wachten eerder hij verder kan in zijn traject.

- Na gesloten behandeling zijn er te weinig vervolgvoorzieningen die aansluiten aan de complexiteit van zorg die onze cliënten hun leven lang nodig zijn.
- Woningen!
- Doorstroom naar vervolgplek.
- Nazorg, ambulante nazorg, goede woonplekken met begeleiding.
- Passende doorplaats mogelijkheden.
- Doorplaatsen van patiënten.
- Vertraging op divers gebieden. Bij opname aanleveren van onvoldoende informatie. Moeizame samenwerking overgang forensische zorg en reguliere GGZ, zelfs binnen moederorganisatie.
- Patiënten stromen moeilijk door vanwege hun voorgeschiedenis of hoge zorgintensiviteit.
- Veel patiënten hebben zorg nodig wat bestaat uit 1 op 1 begeleiding.
- Wachttijden/geen geschikte plek.
- Een goede door en instroom die op elkaar aansluit.
- Goede vervolgplekken, bekendheid binnen de maatschappij voor het werk, de gevaren maar ook de mogelijkheden die deze zorg de maatschappij biedt. Vaak weinig of geen ruimte om te overleggen intern maar ook met externe partners in zorg. Te weinig gekwalificeerd personeel of maatstaf, waaraan moet je nou eigenlijk voldoen als je dit werk (naar behoren) wil doen.
- Ik mis contact tussen vervolginstellingen of wanneer patiënten bij ons geplaatst worden.
- Dat de forensische GGZ zijn verantwoording neemt en beseft dat zij dienen uit te voeren indien in vonnis, of passend alternatief dienen voor te stellen.
- Personeelsbehoud en behandeling!
- Integrale benadering van de behandeling. Waarborgen continuïteit als prioriteit.
- De overgang van beheersmatige begeleiding naar ondersteunende begeleiding. Overgangsperiode vaak niet goed geregeld, betrokkenheid van justitie te beperkt of te kort.
- Dat de zorg vaak niet meteen wordt overgedragen, maar mensen nadat ze vastlopen pas in beeld komen.
- Gebrek aan woonvoorzieningen na verblijf met een justitiële titel.
- Aansluiting forensische zorg en WMO. Cliënten komen bij ons binnen op forensische zorgtitel, maar passen niet in het beeld dat bij de WMO-afdeling bestaat van iemand die recht heeft op beschermd wonen. Daarnaast zijn onze eigen wachtlijsten een probleem voor de doorstroom bij de verwijzende aanbieder, waardoor zij steeds vroeger gaan aanmelden. Dit gebeurt dan op een moment in het traject waarop de cliënt eigenlijk nog niet toe is aan een intake, of waarop onvoldoende duidelijk is wat iemand nodig heeft. Ten slotte is uitstroom naar een minder intensieve vorm van zorg moeilijk, en zijn er onvoldoende woningen beschikbaar voor onze cliënten. Juist deze groep cliënten, die vaak snel weer toe wil groeien naar een eigen plek, heeft hier last van. Enkel van hen raken uiteindelijk uit zorg en/of recidiveren omdat het wachten te lang duurt en dit teveel frustreert.

“Zijn er wellicht problemen binnen het thema continuïteit van zorg in de forensische keten die wij niet hebben genoemd?”

- Tekort aan personeel
- Uitgeprocedeerde asielzoekers.
- Doorstroom van klinische of RIBW-setting naar de woningmarkt.
- Het forensisch klimaat is weerbarstig en maakt het lastig elkaar voor samenwerking te vinden. Toch dienen we hier voortdurend in te investeren om elkaar te vinden.
- Gerichte behandeling
- Ik mis zelf vaak het oude 'casemanagement' wanneer iemand (nog) geen reclasseringstoezicht heeft, maar vaak in de reguliere niet goed aankomt. Dat iemand met een cliënt in verschillende situaties vinger aan de pols heeft, overzicht houdt en kan ondersteunen.
- Naast het samenwerken van verschillende organisatie, zou de discussie veel meer moeten gaan over het weghalen van schotten. Het samenvoegen van budgetten en toekennen aan een patiënt die daar, met behulp van zorgverleners, de juiste zorg voor kan inkopen kan hierbij een hulpmiddel zijn.
- Schorsingen en onmiddellijke invrijheidsstelling vanuit de rechtbank.
- Ja, de eigen bijdrage die iemand moet gaan betalen wanneer hij een forensische instelling verlaat en op vrijwillige basis hulp wil.
- De gegevensuitwisseling met bijvoorbeeld een veiligheidshuis. Dit is niet geborgd, je mag hier niets delen. Vervolgens zitten er ook nog andere instellingen waar je nog minder tegen mag vertellen.
- Afstemming verlofmachtiging en plek vervolgvoorziening. Dit is al wel verbeterd, maar levert soms nog problemen op.

- Probleem van vertrouwensrelaties. Soms duurt het erg lang voor je zo'n relatie hebt met een forensische cliënt. Als je die cliënt wil doorverwijzen is dat moeilijk, zowel voor hulpverlener als cliënt. Als hulpverlener zou je er eigenlijk nog een tijdje naast willen blijven lopen, om te 'tolken', maar zonder dat je nog echt behandelt.
- Ik heb het idee dat het vaak alleen maar om geld draait en daarbij de zorg van patiënt er niet toe doet. Terwijl dat toch zo belangrijk is.
- Goede personele bezetting...' handen aan het bed' en minder overhead. Het gebeurt op de werkvloer!
- Kliniek kan beter met directe gemeente overleggen en afstemmen.
- Wat te doen bij onverwachte beëindigingen van forensische maatregelen (zoals opheffen van preventieve hechtenis bij verwarde personen), hoe kan de samenwerking met het OM daarin beter?
- Ik denk dat voor goede ketensamenwerking van belang is dat zaken op alle niveaus goed zijn geregeld. Vaak is er op de werkvloer wel animo, maar als management niet steunt, financiering niet geregeld is, wet- en regelgeving niet aansluit etc. dan lukt het vaak alsnog niet om het goed te organiseren. Beleidsmakers/politiek zou ook zich beter moeten verdiepen, dit is namelijk ook een laag die besluiten maakt die helpend of hinderend kunnen zijn.
- De rol van bureaucratie en administratieve rompslomp. Voorbeeld: het kost maanden om een datum onherroepelijk van een voorwaardelijke beëindiging van de tbs-maatregel te ontvangen van het ministerie van justitie, via de rechtbanken. Omdat deze datum door vele instanties als voorwaarde wordt gesteld stagneert bijvoorbeeld het proces om tijdig een uitkering, ziektekostenverzekering, woonplek e.d. te vinden voor een cliënt.
- Doorstroom van patiënten waarbij psychiatrische verslaving behandeld is en zij kunnen doorstromen naar beschermd wonen, waar zij echter niet voor geïndiceerd zijn aangezien verslaving op de voorgrond staat en de patiënt hier niet mee wil stoppen.
- Trainen en behouden van medewerkers, genoeg mensen kunnen vinden. Hoe maken we het werken in de forensische zorg aantrekkelijker?
- Door financieringsstructuur weinig mogelijkheid tot innovatie en handelingsvrije ruimte.
- Het plotseling uit- of terugplaatsen van cliënten.
- Ja, de behandelmethodieken en begeleidingsstijlen die gebruikt worden in de keten. Zolang dit niet op elkaar aansluit zal dit problemen opleveren bij doorstroming van cliënten.
- Hospitalisatie.
- Cliënten worden langer op een afdeling/locatie gehouden i.v.m. het budget wat er aan vast hangt. Meer geld = zorg duurt "langer". Minder geld = sneller doorplaatsen.
- Stabiele huisvesting.
- Ik vind het grootste probleem in de continuïteit de plaatsing vanuit een ambulant kader/setting naar een hoog beveiligde setting zonder de juiste titel//financiering. Dit vind ik te weinig terugkomen in de enquête.
- Privacy, accountability organisaties, ontkenning chroniciteit van de meeste stoornissen.
- Dat niet helder is wie welke rol heeft en dat niemand de verantwoordelijkheid op zich wil nemen. De nieuwe privacywetgeving lijkt heuvels op te werpen, die soms niet werken en de invulling van de zorg in de weg staan.
- De werkdruk bij werknemers en de verantwoordelijkheid die individuele medewerkers krijgen.
- Controle op de geleverde zorg vs. zorg die is aanvraagd (vb. dagbesteding als extra zorgbehoefte moeten opvoeren van BW terwijl intensieve begeleiding is gevraagd?
- Wij lopen er tegen aan dat de rechtbanken in Nederland verschillen in het opleggen van de soort straffen. Het is handiger om daar een lijn in te trekken.
- Er ontstaan problemen in de overgang tussen einde justitiële titel. De zorg wordt na de justitiële titel niet meer door Justitie verzorgd en de WMO/CIZ hanteert een heel andere werkwijze van indiceren, die niet op elkaar aansluit. Ook al wordt de aanvraag soms al 3 maanden voor einde titel aanvraagd, dan nog is dat geen garantie dat de WMO-indicatie tijdig wordt afgegeven (doordat er veel informatie gevraagd wordt, er opnieuw indicatie gesteld moet worden, wachttijden etc.).
- Ja de 18-, 18+ overgang. Zit een gat in aanbod passende zorg voor deze doelgroep en financieringsprobleem.
- ASR doelgroep via IFZO in zorg krijgen.
- Overgang van reguliere zorg naar forensische zorg en weer terug en dan meer als iemand al in zorg ergens zat.
- Faciliteren van goede doorstroom en uitstroom binnen de organisatie vanwege gebrek aan financiën, tijdsdruk.
- De aansluiting met de reguliere GGZ is niet veel genoemd. Daar zit wel een knelpunt.
- De overheid zal meer energie en geld in de zorg moeten steken anders dreigt de continuïteit in de zorg sterk in het geding te komen. Salaris is te laag waardoor er steeds minder mensen voor een baan in de zorg kiezen.
- Tekort aan woonplekken aansluitend tegenwerkende gemeenten en woningbouwverenigingen soepelere manier een uitkering krijgen, cliënt moet nu vaak maanden wachten, waar moet hij intussen dan van leven?

- Specifieke doelgroep kennis (het gemis hiervan) lijkt soms ook wel in de weg te staan van een goede bemiddeling.
- Personele (bezettings-)problemen.
- Het eindeloos moeten registreren, rapporteren, of anderzijds kantooraanverwante zaken - Meer personeel om bovenstaande problematiek te ondervangen. Zodra er meer personeelsleden op een dag in dienst zijn dan is er bijvoorbeeld 1 iemand om kantoorzaken te regelen en de rest kan dan fysiek op de groep aanwezig zijn.
- Samenwerking tussen de verschillende vakgroepen.
- Welke rol de gemeente hierin kan betekenen.
- Forensische cliënten met een RM leveren ook problemen op in continuïteit van zorg (en plaatsing in zorg) GGZ-instellingen zijn vaak niet bereid om forensische klanten op te nemen als dit wel zou moeten i.h.k.v. de RM. Wijzen naar het forensisch kader.
- Opleiding en trainingen zijn nodig zodat mensen zich vakbekwaam voelen. Een intervisie methode waarin het wordt gestimuleerd om open te zijn over je onzekerheden en vragen. Er zou moeten worden geïnvesteerd in het creëren v. een faalcultuur.
- Ja; ik mis het onderwerp met betrekking tot de communicatie/afstemming met huisartsen.
- Er is een enorme doorloop/uitloop van goede en vaste werknemers omdat de risico's en zorgzwaarte hoger liggen dan in de reguliere GGZ terwijl de salarissen gelijk liggen of lager zijn. Door het constant inwerken van nieuwe collega's en of werken met te weinig collega's wordt de kwaliteit en continuïteit van zorg die ik graag als hulpverlener zou willen en kunnen bieden niet beter.
- Er wordt nog steeds gedacht vanuit klinische zorg (kijk maar naar het forensisch netwerkoverleg) en ambulante zorg 'hangt' er maar wat bij. Terwijl DAAR de beweging vandaan komt. Neem ons SERIEUS en luister naar het Poliplatform en het overleg van de ForACT's.
- Personeelstekort waardoor je zorg niet kan bieden.
- De plaatsing van cliënten op een voorziening is soms niet passend. Daardoor komen ex justitie cliënten soms in de problemen omdat ze op geen enkele manier aansluiting vinden met medebewoners of terecht komen in het harddrugsmilieu en daar geen enkele kans maken op herstel.
- Zoals eerder al opgemerkt de categorie 18-23 jaar (adolescenten), veroordeeld conform jeugdstrafrecht.

"Heeft u nog een ander idee over hoe problemen in de continuïteit van zorg in de forensische keten kunnen worden verminderd?"

- Bedden op recept.
- Interdisciplinaire intervisie, inzet ervaringsdeskundigheid, hiervan nu nog geen inzet gezien.
- Het zorgsysteem anders organiseren. Al tijdens detentie richten op behandeling/herstel. Daarnaast de zorg continueren dan wel organiseren direct aansluitend aan detentie/de opname.
- Meer contact met elkaar, zodat wij beter zicht krijgen op wat onze ketenpartners doen en vice versa. Uitwisseling van informatie, reguliere GGZ uitnodigen zodat ze kunnen zien dat het wel meevalt met hoe 'eng' of gevaarlijk onze patiënten zijn.
- Goed voorbereiden van ontslag uit detentie, start van ambulante zorg en ondersteuning zoveel mogelijk gedurende laatste traject al vormgeven. Er is al veel verbeterd in de afgelopen jaren, maar we zijn er volgens mij nog niet
- Patiënten minder lang uit te sluiten van de maatschappij, lange behandelduur, waardoor terugkeer in de maatschappij veel moeilijker gaat worden. De maatschappij meer betrekken bij behandelen in de forensische zorg (voorbeeld COSA van de reclassering bij zedendaders). Meer investeren in de jeugd, al op jonge leeftijd spelenderwijs kinderen zaken leren, leren voor hun belangrijke zaken bespreekbaar te maken op een voor hen passende manier en niet bedacht omdat anderen (volwassenen) dit goed vinden.
- Technisch gezien zullen wij in het systeem inhouden dat er een x aantal maanden van te voren een melding komt bij de registratie dat de titel binnenkort afloopt waarna de zorghouder gemaild wordt om het op te pakken met de keten zodat dit voor het einde v.d. titel klaar is.
- Begint bij onszelf. Zich verantwoordelijk voelen en niet de verantwoordelijkheid op anderen afschuiven. Een groot Nederlands probleem wat mij betreft. Ook wordt er veel te veel gepraat. Maak afspraken en hou je eraan.
- Leren van elkaar...!! Een benaderingswijze die bij een cliënt werkt zal bij uitplaatsing/doorplaatsing gecontinueerd moeten worden om terugval te voorkomen.
- Eén landelijk platform dat overzicht biedt over de beschikbare instellingen per regio zou enorm faciliterend zijn in het opstarten en verdiepen van samenwerkingsverbanden. Daarnaast moet het formele traject inzichtelijker worden en minder beperkend.
- Er zijn heel weinig VG-bedden beschermd/begeleid wonen ingekocht, waardoor doorstroom niet of nauwelijks gebeurt.
- Behoeft aan meer overzicht aan informatie en samenwerking.
- Die website word ik wel heel enthousiast van. Het zou fijn zijn om de sociale kaart makkelijk erbij te kunnen pakken en zo kan je de cliënt beter helpen.

- Dit betreft ook politieke keuzes. De nadruk ligt meer op straffen e.d. Ook worden problemen van justitie doorgeschoven naar reguliere ggz die het vervolgens weer niet aan kan --> incidenten en dan geeft justitie niet altijd thuis. Kortom er moeten voor alle ketens (ook financieel) meer eenduidigheid komen.
- Ik denk dat er vanuit de PI nog wel wat gedaan kan worden in de samenwerking met het VHH/ketenpartners, zodat we lijntjes korter worden.
- Meer bedden die snel gevuld en weer ontslagen kunnen worden. Meer gezamenlijke behandeling rondom verslaving.
- Het niet buiten de boot vallen van mensen ten opzichte van de zorgvraag vanwege financiering (echter wel al eerder genoemd). Bij sprake LVB ook garantie op WLZ-indicatie.
- Meer organisaties die als tussenstap/afschaling van zorg fungeren tussen de forensische kliniek en beschermd wonen.
- Meer gecontracteerde (met justitie) zorgaanbieders, zodat we meer uitstroom mogelijkheden hebben voor onze forensische klanten. Dit aanbod is zeer beperkt in zorg Nederland, zeker voor de zedendelinquenten groep.
- Er meer scholing moet komen voor professionals m.b.t. forensische scherpste.
- Ja, veel mensen hebben blijvend intensieve begeleiding nodig. Eigenlijk vraagt dit (financieel) van de instelling net zo veel van een instelling, bijvoorbeeld qua personeelsinzet als behandeling. Maar omdat een cliënt nu verblijft is er minder geld beschikbaar. Dit maakt het moeilijk cliënten die behandeling hebben 'afgerond' uit te plaatsen naar een 'verblijfssetting'. Het op- en afschalen van zorg moet door de hele keten heen vloeiender verlopen. Nu wordt er vaak te laat opgeschaald.
- Vooral insteken op doorstroom en samenwerking met de reguliere hulpverlening/keten
- Privacy, er moet gedeeld kunnen worden m.b.t. veiligheid van cliënt en de samenleving!!!
- De forensische zorg moet een beter imago krijgen.
- Meer vraag gericht gaan werken, aan het begin van opname al direct hypothese maken over welke vervolgzorg er nodig zal zijn en vervolgens daar naar toe werken (als er een passende setting is).
- Warme overdracht van klanten naar de volgende behandelaar door middel van aansluiten bij zorgafstemmingsgesprekken op de vorige c.q. volgende afdeling
- Stabiliteit en natuurlijk deprivatiseren van de zorg zodat GGZ weer een basisvoorziening wordt en ook veel beter (want niet gedreven door euro's, maar door ideologie) georganiseerd zou kunnen worden.
- Landelijk coördinatiepunt 'trans- forensische' zorg. VWS en MJV betrekken. Gezamenlijk met alle betrokkenen landelijke actie op gang brengen over dit grote maatschappelijke probleem.
- Regionale zorgplicht helderder definiëren voor daarvoor aangewezen instellingen en organisaties daar ook echt op afrekenen.
- In ons specifieke geval is het grote verloop binnen de organisatie een probleem, omdat hiermee de kennis over continuïteit sneller verdwijnt dan we het kunnen aanleren. Inmiddels hebben we een transfercoördinator die dit proces op zich zal nemen, maar het is afwachten hoe lang die het volhoudt. Een centrale app met Nederlandse landkaart is zeer wenselijk.
- Minder marktwerking, minder concurrentie.
- Al acteren voordat er een "'nieuwe" situatie ontstaat, Bv al aanmelden bij nieuwe plek als cliënt bijvoorbeeld een berisping/waarschuwing heeft gehad, om te voorkomen dat cliënt tussen wal en schip beland.
- Door betere samenwerking en helder overleg en dat iedereen doet wat nodig is.
- Meer doen, minder overleggen.
- Minder registratietijd en daardoor meer tijd voor andere zaken, waaronder tijd voor samenwerking/investeren in continuïteit van zorg na forensisch kader.
- Gelijke vergoeding van zorg reguliere GGZ en forensische ter voorkoming van de perverse geldprikkels voorkomen dat geshopt wordt; klanten bij meerdere zorgaanbieders aanmelden bij drukte om te zien waar eerst plek is.
- Den Haag moet met geld over de brug komen.
- Deuren van gevangenis meer open zetten voor professionals. Professionals niet stoppen zodra iemand binnen zit.
- Er zou veel meer gestandaardiseerd moeten worden. Vastgestelde afspraken tussen ketenpartners en zorgpartijen, waardoor individuele medewerkers niet steeds het wiel uit hoeven te vinden en cliënten niet afhankelijk zijn van de inzet van hun werker, maar voor iedereen dezelfde zorg beschikbaar kan zijn. Minder bureaucratie en meer praktisch werken: doen wat werkt en doen wat nodig is!
- Indicaties door hulpverlening laten doen zoals bij IFZO, dan wel IFZO doorzetten naar indicaties buiten justitieel traject. Dus niet steeds nieuwe indicaties en geldbronnen zoeken.
- Meer geld voor chronische problematiek (dus niet de systematiek dat je na een aantal jaar voor dezelfde cliënt steeds minder geld krijgt).
- Wellicht beloning verbeteren of gewoon de bezetting op orde brengen om werkdruk te verminderen.
- Minder eilandjes, meer samenwerking. Meer kennis en informatie voor de medewerkers.
- Geestelijke (on)gezondheid van een individu treft ons allemaal, in ieder geval de omgeving. De zorg van deze groep laten afhangen van de winst van verzekeraars, maakt dat er geen zorg geleverd kan

worden aan de moeilijkste groep, want dat kost teveel (kansberekening). Vroegtijdig signaleren van problemen (lees: jeugdzorg) zou moeten worden opgerekt naar 25 jaar, gratis toegankelijk en betaald door de staat. Hiermee voorkom je een groot deel van de problemen op latere leeftijd. De besparing kan worden gestoken in een betere continuïteit van zorg.

- Elkaar weten te vinden en de krachten/expertise bundelen.
- Meer korte lijnen, ook op de uitvoerende werkvloer en openstaan voor elkaars visie.
- Werken aan teambuilding en versterking
- Cliënten minder overplaatsen in hun behandeling.
- Stop met aanbestedingsprocedure. De marktwerving en het bijbehorend Stratego-spel, maakt dat er voortdurend nieuwe partijen in nieuwe velden werken, waardoor nooit continuïteit. Bovendien gaat ENERGIE VERLOREN!!!

Bijlage 4. Informed consent focusgroep professionals

Beste deelnemer,

Dank voor uw deelname aan de focusgroep over continuïteit in de forensische zorg!

Wat is het doel:

De focusgroep gaat over continuïteit van zorg in de forensische keten. Continue zorg en begeleiding na detentie of gedwongen behandeling zijn belangrijk om terugval in delicten, (zelf)destructief, of overlastgevend gedrag te voorkomen. Goede samenwerking tussen ketenpartners en goede aansluiting tussen verschillende zorgverleners zijn dan ook zeer van belang voor de maatschappij, professionals en cliënten zelf. In de praktijk blijkt dat er - ondanks goede intenties - veelal sprake is van gebrekkige doorstroom en discontinuïteit in de keten.

Eerdere onderzoeken hebben al een groot aantal kernproblemen aan het licht gebracht. Middels een deskresearch en een enquête onder professionals hebben wij intussen al veel informatie over dit onderwerp verzameld. Met de focusgroep willen we verdieping in deze kennis aanbrengen.

Uiteindelijk is het doel om de continuïteit van zorg te verbeteren, om zodoende terugval in ongewenst gedrag te voorkomen. Met dit onderzoek willen we inventariseren waar de grootste problemen liggen, zodat toekomstige initiatieven gericht kunnen worden op waar het het hardst nodig is.

Wat vragen we:

Wij willen graag met jullie, de professionals, het gesprek aangaan over continuïteit van zorg. Hierbij willen we voor onze eigen administratie ook graag geluidsopnamen maken. Ook zullen wij tijdens het gesprek notuleren. Het gesprek zal in groepsvorm plaatsvinden, samen met andere professionals, en zal ongeveer 2 uur duren.

Wat gebeurt er met de verzamelde informatie:

Op basis van de gesprekken maken wij een verslag van de focusgroepen. In het verslag zullen initialen en functie worden genoemd, maar geen namen. Het verslag zal enkel binnen de projectleiding en de stuurgroep van het project "Mind the Gap" worden gedeeld. Op basis van het verslag worden geheel geanonimiseerde thema-analyses geschreven, deze zullen onderdeel zijn van het publiekelijk te delen rapport en andere presentaties. Hierin zullen alleen algemene termen gebruikt worden die niet persoonlijk te herleiden zijn, zoals "behandelaren merken juist op dat ...". De geluidsopnamen zullen alleen gebruikt worden om de volledigheid van het verslag, en de daarop gebaseerde analyses te garanderen. De geluidsopnamen worden bewaard bij Van der Hoeven Kliniek of de Rooyse Wissel, in een afgesloten ruimte, en zullen alleen worden beluisterd door leden van de projectleiding (Vivienne de Vogel, Petra Schaftenaar en Maartje Clercx). Andere personen zullen geen toegang krijgen tot de geluidsopnamen zonder uw uitdrukkelijke, schriftelijke toestemming hiervoor. De geluidsopnamen en verslagen zullen worden bewaard totdat er decharge wordt verleend aan het project, de verwachting is dat dit zomer 2019 zal zijn. Nadat decharge is verleend zullen de opnamen en verslagen worden vernietigd.

Wie doet dit onderzoek:

Dit project "Mind the Gap" is een samenwerking tussen Vivienne de Vogel van de Van Der Hoeven kliniek, Petra Schaftenaar van Metis Zorg en Maartje Clercx van FPC De Rooyse Wissel in opdracht van het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ).

Door dit document te tekenen geeft u aan dat u bovenstaande heeft gelezen, heeft begrepen, en dat u akkoord bent met de gegeven informatie.

Naam en voorletter(s):

Datum:

Handtekening:

Bijlage 5. Informed consent focusgroep cliënten

Beste deelnemer,

Dank je wel dat je wil meedoen aan dit groepsgesprek!

Wat is het doel:

Soms worden mensen over geplaatst. Of ze wisselen van type zorg. Of ze stromen door naar een volgende fase. Het is belangrijk dat dat goed gaat. Dat patiënten weten waar ze aan toe zijn. Dat medewerkers met elkaar praten, ook al zijn ze van andere instellingen. Soms gaat dat goed. Soms gaat het ook niet zo goed.

Wij willen over jullie ervaringen praten. We willen jullie vragen naar alle soorten overplaatsing.

Bijvoorbeeld van TBS naar RIBW. Of van TBS naar TBS. Of van RIBW naar RIBW. Of van PI naar TBS. Of FPK naar TBS. Zelfs van afdeling naar afdeling. Alle momenten waarbij een overplaatsing is doen ertoe.

Wat vragen we:

Wij willen graag met jullie praten in een klein groepje. Het gesprek duurt ongeveer 1,5 uur. Als jij dat goed vind willen wij het gesprek opnemen. Omdat we niet zo snel kunnen typen. Dan kunnen we het nog eens luisteren. Dan weten we zeker dat we alles goed opschrijven.

Wat gebeurt er met de verzamelde informatie:

Wij maken een verslag van het gesprek. De opname wordt alleen geluisterd door Maartje Clercx en Petra Schaftenaar. Zij zijn ook bij het gesprek. Verder mag niemand het horen. Als het project klaar is wordt de opname vernietigd. In het verslag komen geen namen.

Wat krijg je:

Koffie en vlaai tijdens het gesprek. Na afloop krijg je een cadeaubon voor Bol.com van €10,-

Als je hieronder je handtekening zet zeg je dat je mee wil doen. Ook zeg je dat je het goed vindt dat wij het verslag maken en het gesprek op nemen.

Jouw naam:

.....

Datum van vandaag:

.....

Handtekening:

.....

Mind the gap. Continuïteit in de forensische zorgketen

Continue zorg en begeleiding in en na forensische zorg is essentieel om terugval in ongewenst gedrag te voorkomen. Het project *Mind the gap* komt voort uit een pre-call van KFZ en heeft als doel het bieden van een inventarisatie en prioritering van de behoeften ten aanzien van het thema continuïteit van zorg.

Deskresearch

- Internationale literatuur
- Landelijke publicaties en programma's
- Lopende initiatieven
- Ondanks dat er veel is gepubliceerd en opgeleverd, zijn concrete veranderingen beperkt. De bestaande programma's zijn tot op heden nauwelijks geëvalueerd.

Enquête

- N = 318
- Ervaren knelpunten
- Bekendheid bestaande producten / programma's
- Inventarisatie behoeften en mogelijke oplossingen
- Knelpunten worden herkend. Programma's zijn nauwelijks bekend en worden onvoldoende toegepast. Belangrijkste behoefte is verbetering in samenwerking. Er is weinig behoefte aan nieuw instrumentarium.

Focusgroepen

- Twee met professionals (N = 15)
- Focusgroep / interview cliënten (N = 6)
- Verdieping van bevindingen uit deskresearch en enquête
- Belangrijkste thema's: fragmentatie van de zorg; ingewikkeldheden in de communicatie, samenwerking en het delen van informatie; en gebrek aan scholing. Cliënten benadrukken het belang van menselijke benadering en tijdige voorbereiding op uitstroom.

Behoeften

- | | |
|--|--|
| 1. Verbeteren van samenwerking | Met name tussen organisaties en met name regionaal |
| 2. Meer zorgplaatsen | Van forensisch naar regulier en voor langdurige zorg |
| 3. Vergroten van kennis | Over wet en regelgeving, bestaande programma's en initiatieven |
| 4. Discharge planning | Werkwijze verbeteren rondom het tijdig planning van doorstroom / uitstroom |
| 5. Vergoeden van intakes | Eerder contact, wegnemen financiële belemmeringen |
| 6. Continuïteit in informatie | Oplossen van knelpunten rondom informatiedeling (in kader van de privacywet) |
| 7. Effectieve en transparante communicatie | Transparante, eerlijke communicatie naar cliënten en collega's |

Conclusies

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Programma's bereiken de werkvloer nauwelijks • Geen nieuwe instrumenten, wel meer scholing • Oplossen wettelijke en financiële belemmeringen onverminderd urgent | <ul style="list-style-type: none"> • Verbeteren samenwerking is topprioriteit • Discharge planning: tijdig beginnen met het plannen van uitstroom • De menselijke benadering is cruciaal |
|--|---|

Aanbevelingen toekomstige KFZ-calls



Ophalen best practices en ontwikkelen ontwerp voor regionale samenwerkingsverbanden



Ontwikkelen van een handreiking voor *Discharge planning*