

Forensische zorg in perspectief

-een inhoudelijke toekomstvisie op de forensische zorg-

Voorwoord

Met veel genoegen bieden wij de inhoudelijke visie aan van alle Forensisch Psychiatrische Centra en Klinieken op de forensische zorg.¹ Wij realiseren ons dat deze inhoudelijke visie vraagt om een verdere uitwerking en dat de visie een plaats moet krijgen in zowel organisatorische als bestuurlijke context. Daarom willen wij op basis van deze notitie met het gehele veld en alle stakeholders in gesprek. Wij nodigen u dan ook van harte uit om van de inhoud kennis te nemen en met ons het debat aan te gaan om gezamenlijk de forensische zorg te verbeteren.

De uitkomst van het parlementair onderzoek in 2006 bevestigt de waardevolle bijdrage van de TBS en de forensisch psychiatrische sector in het algemeen. De aanbevelingen uit het rapport van de commissie Visser zijn door het veld met succes opgevolgd. Wel moeten we nu constateren dat hiermee ook onbedoelde neveneffecten zijn opgetreden. De behandelduur is toegenomen, sommige verdachten weigeren om mee te werken aan een psychologisch onderzoek en er zijn steeds meer patiënten in de longstay.

Het maatschappelijk belang, de politieke gevoeligheid, mediadruk en het hoogspecialistisch gehalte maken ons werkterrein zeer complex. Vanuit verschillende perspectieven worden wijzigingen voorgesteld en doorgevoerd. Die wijzigingen -hoe goed bedoeld ook -dragen niet altijd positief bij aan de verwezenlijking van de maatschappelijke doelstellingen van de forensische zorg. Wij vinden dat de sector zelf met integrale verbetervoorstellen moet komen om de kwaliteit van de geleverde zorg te waarborgen en de maatschappelijke doelstellingen te realiseren.

In deze notitie leggen wij u een aantal inhoudelijke verbetervoorstellen voor. Wij zien dit als een startpunt voor de ontwikkeling van een integrale en breed gedragen visie op de forensische zorg.

Sanne Verwaaijen,
Voorzitter LBHIV,
Amersfoort, 26 augustus 2010

Machiel Polak,
Voorzitter ODO,

¹ In bijlage 1 is weergegeven welke instellingen de notitie onderschrijven. Het gaat om de Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's) en Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's). Deze instellingen zijn bestuurlijk vertegenwoordigd in het Onderlinge Directeuren Overleg (ODO) en het Landelijk Beraad *Hoogst* Inhoudelijk Verantwoordelijken (LBHIV).

Inhoudsopgave

1. Voorwoord	2
2. Samenvatting	4
3. Inleiding	8
4. Van buiten...	10
5. ... Naar binnen	14
6. Veranderen wat nodig is en behouden wat goed is	24
7. Van visie naar realiteit	25
Bijlage 1; ODO en LBHIV	27
Bijlage 2; Lijst met 22 strafrechtelijke titels	28

Samenvatting

In deze notitie geven wij onze inhoudelijke visie op de forensische zorg.²

Directe aanleiding is het feit dat de uitvoering van de aanbevelingen van de Commissie Visser tot onbedoelde neveneffecten heeft geleid. Denk hierbij aan de toegenomen behandelduur, het niet of veel te traag verlenen van verlof, patiënten die onvoorbereid en onbehandeld in de samenleving terugkeren na enkelvoudige gevangenisstraf (zoals die opgelegd kan worden aan een observatie weigerende verdachte) of na een contraire beëindiging van een strafrechtelijke maatregel³ en de toename van longstay, zowel in aantal als in duur, waardoor wel wordt gesproken van verkapt levenslang. Deze neveneffecten belemmeren op dit moment het op zich goed functionerende forensisch psychiatrische systeem. Met de onderstaande verbetervoorstellen willen wij deze belemmeringen opheffen en de forensische zorg verbeteren. Uiteraard in gezamenlijkheid met het veld en alle belanghebbenden.

We schetsen het meerjarenperspectief voor *hoog intensieve* en *hoog beveiligde* forensische zorg, primair in het forensisch psychiatrische werkveld. Het doel is om de huidige kansen op het creëren van een continuüm aan forensische zorg te benutten. Wij streven naar optimale inzet van de capaciteit en willen de toegang tot de zorg flexibiliseren aan de hand van de assen ‘beveiliging’ en ‘zorgintensiteit’. Alleen zo kan maatwerk worden geleverd dat optimaal is afgestemd op de maatschappelijke behoefte aan een veilige samenleving en op de individuele problematiek van de patiënt en de daarop toegesneden zorg en beveiliging.

De plaatsingsproblemen zullen afnemen door het loslaten van de koppeling van de patiënt aan de titel en het bed en door het creëren van een geharmoniseerde rechtspositie voor alle patiënten in de forensische zorg.

Het huidige financieringsprobleem van het continuüm aan forensische zorg zal opgelost kunnen worden door wederzijdse erkenning van de financiering van (justitiële) forensische zorg, volgend op wederzijdse erkenning van (justitiële) forensische indicatiestelling.

Het vervullen van deze essentiële randvoorwaarden maakt het mogelijk om inhoudelijke zorgverlening op maat te bieden en de feitelijke in-, door- en uitstroom van forensische patiënten te faciliteren. Transparante prognosestelling over het intramuraal verblijf van forensische patiënten binnen een kader van genormeerde verloftrajecten, zullen verder bijdragen aan het verkorten van de totale behandelduur. Uiteraard met behoud van

² In bijlage 1 is weergegeven welke instellingen de notitie onderschrijven. Deze instellingen zijn bestuurlijk vertegenwoordigd in het Onderlinge Directeuren Overleg (ODO) en het Landelijk Beraad *Hoogst* Inhoudelijk Verantwoordelijken (LBHIV). In gezamenlijk overleg is deze notitie tot stand gekomen.

³ De maatregel wordt in tegenspraak van het advies van de instelling beëindigd op grond van beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit.

waarborgen voor de veiligheid en het adequaat afleggen van verantwoording. Daarmee doen we recht aan zowel de patiënt als de samenleving. Dit is forensische zorg in perspectief.

Wij stellen voor een vijftal onderling nauw samenhangende wijzigingen door te voeren. We benadrukken dat deze wijzigingen alleen in onderlinge samenhang effect hebben en dat derhalve alle vijf wijzigingen moeten worden uitgevoerd. Selectie of prioritering zal het effect teniet doen. Het gaat om de volgende vijf wijzigingen:

1. *Regisseer afstemming aanbod (voorzieningen) op vraag:*
bepaal de optimale capaciteit waarbij het aanbod aansluit op de zorg- en beveiligingsvraag en investeer in deze hooggespecialiseerde voorzieningen. Voorkom leegstand maar laat evenmin op basis van toevallige omstandigheden tenders uitzetten of aflopen. Creëer voor tijdelijke knelpunten tijdelijke capaciteit in de vorm van tenders en ontwikkel samen met het werkveld toetsbare en transparante criteria op basis waarvan capaciteit kan worden voortgezet of beëindigd.
2. *Harmoniseer van de wijze van indicatiestelling:*
integreer de tbs-maatregel in het geheel van forensische zorg en sluit aan bij de huidige ontwikkelingen voor de indicatiestelling bij het NIFP en Reclassering. Ontwikkel indicatie-instrumenten die het gehele veld van care, cure en control beslaan, maak gebruik van elkaars kennis en kunde en integreer de forensische risicofactor in de gehanteerde methodieken. Erken elkaars indicatiestellingen zodat financiering de patiënt kan volgen.
3. *Creëer transparantie over doorlooptijden van de intramurale tbs-behandeling:*
hanteer richtlijnen voor de intramurale periode van hoog intensieve forensische zorg met hoge beveiliging: zo hoog als nodig en zo laag als mogelijk. Hanteer richtlijnen inzake het vrijhedenbeleid (≤ 12 maanden aanvraag begeleid verlof; ≤ 30 maanden aanvraag onbegeleid verlof; ≤ 54 maanden aanvraag transmuraal verlof). Voer forensische prognoses in, waarmee de tbs-behandelingen transparant en toetsbaar worden en het draagvlak voor de tbs-maatregel zal toenemen. Integreer de longstay en longcare in deze richtlijnen, door afwijkingen tijdig te signaleren, de behandeling bij te sturen of op basis van een second opinion de prognose longstay onafhankelijk en tijdig te toetsen.
4. *Ontkoppel titel en bed:*
indiceer niet uitsluitend op basis van de juridische (tbs-)titel, maar bepaal op grond van de noodzakelijk geachte beveiliging én de noodzakelijk geachte behandeling of de hoogbeveiligde en zeer intensieve behandelomgeving van een

FPC of FPK geïndiceerd is. Maak gebruik van de huidige ontwikkelingen om de Wet Forensische Zorg (WFz) en de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WVGz) optimaal op elkaar af te stemmen, waarmee ook bij fluctuaties in het toestandbeeld van de patiënt de juiste behandeling en de noodzakelijke beveiliging geboden kunnen worden ongeacht de titel.

Onderzocht moet worden hoe recht wordt gedaan aan de specifieke behandelsettings.

5. *Hanteer een regierol in de keten van klinisch tot ambulant:*

ontwikkel een heldere regierol waar het gaat om de gezamenlijke ketenverantwoordelijkheid. Voed de ketenverantwoordelijkheid op basis van sturing door ketenbrede zorgprogramma's waarin de beide assen van 'beveiliging' en 'behandelintensiteit' centraal staan in plaats van de al dan niet forensische titel. Maak de zorgprogramma's breed genoeg en met voldoende reikwijdte zodat geen veiligheidsrisico's ontstaan wanneer een patiënt door het behandeltraject gaat tot en met het ambulante (nazorg)traject. Herdefinieer met het forensische veld hoe wij een regierol kunnen innemen ten aanzien van de gezamenlijke ketenverantwoordelijkheid, als specialist op het gebied van hoog intensieve zorg (cure en care) en hoog intensieve control op maat in het overloopgebied tussen de GGZ, de verslavingszorg, de gehandicaptenzorg en de forensische psychiatrie, zodat continuïteit van zorgverlening en van risicomanagement gewaarborgd blijft.

De voorgestelde oplossingsrichtingen zijn in lijn met de huidige ontwikkelingen in het stelsel van de forensische zorg. Wij zoeken de verbinding met de aanbevelingen van de Commissie Visser en operationaliseren die verder.

Wij realiseren ons dat de inhoudelijke wijzigingen consequenties zullen hebben voor de structuur en de posities en rollen van één of meer spelers binnen ons werkveld. De inhoudelijke wijzigingen moeten dan ook worden ingebed in een politieke, bestuurlijke en organisatorische context. De meervoudige complexiteit van ons werkveld vraagt om een integrale en breed gedragen visie. Alleen dan kunnen we verbeteringen realiseren die een bijdrage leveren aan de maatschappelijke doelstellingen van de forensische zorg. Samen met ketenpartners en andere belanghebbenden willen wij - met de inhoud als belangrijk startpunt - komen tot deze integrale visie.

Wij zullen initiatieven nemen om in het najaar van 2010 een inhoudelijk debat te voeren met onze ketenpartners en aansluitend alle andere belanghebbenden. Parallel hieraan zullen wij initiatieven nemen om - ook weer samen met onze ketenpartners en alle andere belanghebbenden - invulling te geven aan de politieke, bestuurlijke en organisatorische context.

Wij zien het als onze eigen maatschappelijke verantwoordelijkheid erin te voorzien dat er uiterlijk eind 2010 een integrale en breed gedragen visie op de forensische zorg bestaat, opdat ons gehele werkveld optimaal bijdraagt aan de maatschappelijke doelstellingen van de forensische zorg.

1. Inleiding

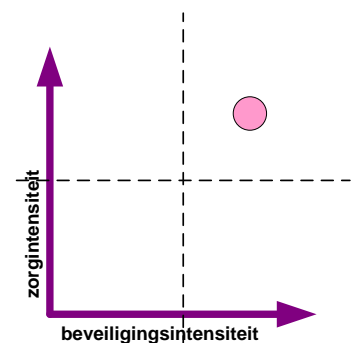
Forensische zorg betreft de geestelijke gezondheidszorg voor alle personen in het kader van verblijf in een justitiële inrichting (prison mental health) of op basis van een strafrechtelijke titel. De forensische zorg omvat een groot aantal voorzieningen en soorten hulp op het terrein van de (geestelijke) gezondheidszorg, verslavingszorg, verstandelijke gehandicaptenzorg en justitie. Het betreft bijvoorbeeld zorg aan patiënten met een tbs-vonnis, verslaafden die voorwaardelijk zijn veroordeeld op voorwaarde dat ze deelnemen aan zorg bij een forensische polikliniek en onder toezicht staan van de reclassering, maar ook gevangenen die tijdens detentie naar de GGZ moeten worden overgeplaatst in verband met bijvoorbeeld detentie-ongeschiktheid. In de GGZ is tevens sprake van forensische zorg aan mensen zonder strafrechtelijke titel, bijvoorbeeld in het kader van preventie na sepot van huiselijk geweld of de zorg die is gericht op ex-gedetineerden met een ernstige psychische stoornis. De verschillende strafrechtelijke titels zijn ter volledigheid opgenomen in bijlage 2.

Forensische zorg (m.u.v. de prison mental health) onderscheidt zich van reguliere GGZ doordat:

- a) de behandeling gericht is op het verminderen van het recidiverisico;
- b) doordat dit in een aangepaste beveiligde omgeving plaatsvindt.

Daarnaast kent de forensische zorg evenals de GGZ verschillende niveaus van intensiteit van zorg. Dat impliceert dat er in feite twee assen zijn waarop de gehele forensische zorg kan worden gepositioneerd: de mate van beveiliging en de intensiteit van de geboden zorg.

In deze notitie richten we ons op het meerjarenperspectief voor *hoog intensieve* en *hoog beveiligde* forensische zorg, primair in het forensische werkveld. Vanuit onze maatschappelijke betrokkenheid reiken we oplossingen aan om een continuüm van forensische zorg te creëren. We nemen de inhoud (kwaliteit van zorg) als uitgangspunt. We streven naar de ontwikkeling van een optimale capaciteit, waarbij de toegang hiertoe wordt geflexibiliseerd aan de hand van de assen van beveiliging en zorgintensiteit. Dan kunnen wij maatwerk leveren richting de maatschappij (een veilige samenleving) en richting de individuele patiënt (toegesneden zorg).



Wij blijven daarbij de huidige ontwikkellijn, zoals geschetst in het Plan van Aanpak tbs/Forensische zorg in een strafrechtelijk kader, volgen. Daarnaast zijn ons inziens ook nieuwe initiatieven nodig die de ingezette ontwikkelrichting verder kunnen

aanscherpen. Dit betekent dat we de ingezette koers voor de forensische zorg willen voortzetten om zo de verbinding met de aanbevelingen van de Commissie Visser⁴ te handhaven dan wel verder te operationaliseren.

Het bekrachtigen van de oplossingsrichtingen met focus op de kwaliteit van zorg, vraagt een heldere positionering van onszelf in het werkveld. We dienen een gemeenschappelijk belang en we zullen in samenwerking regie voeren waarbij de kompasnaald richting de patiënt zal wijzen. Tegelijkertijd vragen wij van de overheid dat zij de condities scheppen, zodat het werkveld de voorgestelde ontwikkelrichtingen in praktijk kan brengen.

⁴ de tijdelijke parlementaire onderzoekscommissie TBS o.l.v. voorzitter Arno Visser

2. Van buiten...

Alvorens te komen tot oplossingen, willen we een analyse van de context maken. Onderstaand vindt u een negental ontwikkelingen die, met name door hun onderlinge samenhang, bijdragen aan het verhogen van de omgevingsonzekerheid. Die omgevingsonzekerheid zet het succes van het huidige tbs-stelsel onder druk. Enkele ontwikkelingen zijn reeds door de Commissie Visser geanalyseerd, andere zijn van latere datum.

Focus op beveiliging samenleving

In de samenleving is een groeiend gevoel van onveiligheid en een toegenomen drang naar vergelding. Veiligheid en het waarborgen daarvan staan hoog op de politieke agenda. In dit licht is forensische zorg dan ook te beschouwen als een *beveiligingsmaatregel* met een dubbele doelstelling. Bescherming en behandeling kunnen niet los van elkaar worden gezien (de behandeling moet immers leiden tot het verminderen van het delictgevaar), echter bescherming is de dominante doelstelling. Met deze blik heeft ook de Commissie Visser het stelsel beoordeeld en haar aanbevelingen er tegen afgewogen. Verbetering van het tbs-stelsel betekent in de eerste plaats verdere verbetering van de veiligheid van de samenleving en uitgaande van dat doel, waar nodig, aanpassing van het stelsel, de wetgeving of de uitvoering.⁵

Resocialisatie als doel van de behandeling van recidiverisico wankelt

Mede voortkomend uit de focus op straf en vergelding, is er op dit moment sprake van een situatie waarin verlofverlening niet of veel te traag op gang komt en de resocialisatie stagneert. Het langdurige intramurale deel van de behandeling vinden wij improductief en onaanvaardbaar. De verhouding tussen de beide opdrachten (de wettelijke opdracht tot resocialisatie en de beveiligingsopdracht) lijkt scheef gegroeid te zijn.

Incidentgevoeligheid en -gerichtheid⁶

De behandeling is gericht op het verminderen van het recidiverisico. Tegelijkertijd is uitsluiting en volledige voorkoming van risico's onmogelijk. Incidenten rondom individuele patiëntenzorg voeden de maatschappelijke onrust en de politieke debatten. Als gevolg hiervan groeide er terughoudendheid bij het verlenen van verlof door het ministerie van Justitie, die wij onder meer terug zien in dichtgetimmerde aanvraagprocedures. Wij op onze beurt worden, vanuit risicomijding c.q. angst voor

⁵ Eindrapport Parlementair Onderzoek TBS

⁶ Zie ook: Ontsnappen aan medialogica, tbs in de maatschappelijke beeldvorming, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, april 2006

calamiteiten, terughoudender bij onze advisering inzake (voorwaardelijke) beëindiging van de tbs-maatregel.⁷

Buitenland volgt het succes

Forensische zorg als vorm van behandelen binnen een strafrechtelijk juridisch regime (op last van de rechter beveiligen én behandelen, uit te voeren onder verantwoordelijkheid van de minister van Justitie) is in internationaal opzicht uniek. Afgezien van alle “mitsen en maren” van het stelsel, zijn we van mening dat er relatief goede resultaten worden geboekt. Circa 15-20% van de tbs-gestelden recidiveert^{8,9} tegenover ruim 75% van de langgestraften.¹⁰ Internationaal worden resultaat en stelsel geprezen en komt men hier om te leren.

Schaarste in gekwalificeerd personeel

De forensische zorgsector werkt met hooggespecialiseerd personeel. Dat is een schaars goed. Enerzijds als gevolg van dealgemene arbeidsmarktproblematiek maar anderzijds lijkt schaarste aan gespecialiseerd personeel wel een specifiek knelpunt in de sector. Een tekort aan voldoende gekwalificeerd personeel leidt tot veiligheidsrisico's en onderbrekingen in behandelprocessen.

Financiële realiteit

We zijn ons er terdege van bewust dat de forensische zorg die wij bieden wordt gefinancierd vanuit publieke middelen waar we ons over dienen te verantwoorden. Deze verantwoording mag hoge eisen stellen aan de resultaten en transparantie. Wij zullen onverkort bijdragen aan het leveren van een optimale prijs-kwaliteit verhouding.

Consequenties van de Commissie Houtman en de (gereguleerde) marktwerking

Op advies van de Commissie Visser is het ministerie van Justitie de enige inkoper geworden van alle forensische zorg in een strafrechtelijk kader. Daarnaast zijn als gevolg van de interdepartementale commissie Houtman de financiën van alle behandelingen in de forensische sector onder het ministerie van Justitie gebracht. Alle forensische zorg is daarmee onder de paraplu van Justitie gebracht, die nu ook bij GGZ-aanbieders forensische zorg inkoop. Doel van deze wijziging was om de kloof tussen de forensische en reguliere zorg te dichten. Wij constateren dat deze kloof nog steeds bestaat. Justitie koopt alleen forensische zorg in voor mensen met een justitiële titel. Zodra deze titel eraf is, blijkt dat het nog steeds problematisch is om hen in zorg te krijgen bij de algemene geestelijke gezondheidszorg. Een groot deel van de te leveren

⁷ Zie ook: TBS uit de gratie, Nyfer, januari 2010

⁸ Uit: Het recht van binnen: psychologie van het recht, Van Koppen, Hessing, Merckelbach, en Crombag, 2002

⁹ Uit: Buiten behandeling, een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden, Wartna, Harbachi, Van der Knaap, 2005

¹⁰ Uit: Strafrechtelijke recidive van ex-gedetineerden, WODC, 2006

zorg bevindt zich in het overloopte gedeelte tussen de klassieke GGZ- en de Justitiedomeinen. Verkokerde indicatiestelling en dito financiering vergroten nu de kloof tussen Justitie en VWS.

Afname oplegging tbs-maatregel in Nederland

In Nederland wordt er de laatste jaren in absolute zin niet minder gevonnis in zake ernstige misdrijven welke tbs-waardig zijn. Wel is het aantal opleggingen van de tbs-maatregel sterk afgenomen.

Handelingsvrijheid reguliere GGZ in meer of mindere mate beperkt ten aanzien van moeilijk hanteerbare patiënten

Binnen de tbs is de verantwoordelijkheid voor juiste zorg vooral belegd bij de behandelaar. Binnen de reguliere GGZ staat de autonomie van de patiënt meer centraal, verankerd in de wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). Uit de onafhankelijke evaluatie van de Wet Bopz is naar voren gekomen dat spanning kan ontstaan wanneer er beperkende maatregelen aan psychiatrische patiënten met een gedragsstoornis opgelegd moeten worden die nodig zijn om de veiligheid voor zowel patiënt als zijn omgeving te garanderen.

De consequenties van bovengenoemde ontwikkelingen spelen zich met name af op het domein van de:

- ***tbs-maatregel zelf***

de risico's voor de samenleving nemen toe als de veiligheid prevaleert en daarmee de kans op resocialisatie afneemt. De gemiddelde intramurale behandelduur neemt toe en kan uiteindelijk leiden tot een levenslang verblijf binnen het tbs-systeem. Vanuit de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit zijn rechters minder geneigd de tbs-maatregel op te leggen. Tezamen met de weigering van verdachten, al dan niet hiertoe aangespoord door de advocatuur, om mee te werken aan Pro Justitia rapportage, draagt dit ertoe bij dat er de facto minder tbs-maatregelen worden opgelegd. Met het opleggen van enkelvoudige gevangenisstraf komen patiënten met een stoornis (zoals observatie weigerende verdachten) onbehandeld terug in de samenleving. Bij contraire beëindigingen van de tbs-maatregel komen patiënten bovendien ook onvoorbereid terug.

- ***en de voorzieningen inclusief de capaciteit***

er is mogelijk tijdelijk overcapaciteit gecreëerd. Daarnaast is er sprake van 'verkeerde beddenproblematiek', mede vanwege het niet naadloos aansluiten van de financiering bij het aflopen van de strafrechtelijke maatregel. Door de verschillen in de rechtsposities zijn vervolgvoorzieningen minder goed in staat

de 'onhandelbare' patiënten met een hoog intensieve zorg- en beveiligingsvraag te behandelen. Ook het gevangeniswezen is onvoldoende toegerust om de populatie met een hoogintensieve behandelvraag adequaat van zorg te voorzien met name wegens het ontbreken van een therapeutisch milieu en van voldoende opgeleid en voldoende ervaren zorgpersoneel. Dat zorgt voor druk op deze instellingen en onnodige investeringen in nieuwe voorzieningen terwijl elders reeds goed geoutilleerde afdelingen inclusief de benodigde behandelkwaliteit elders beschikbaar zijn.

3. ...Naar binnen

Wij willen de druk op de strafrechtelijke titels, de tbs-maatregel in het bijzonder, en de verscheidene voorzieningen verminderen. Daarom stellen wij een vijftal direct *samenhangende* wijzigingen voor binnen het forensische werkveld. De één is niet belangrijker dan de ander en alle wijzigingen dienen in onderlinge samenhang gerealiseerd te worden.

1. *Regie op afstemming aanbod (voorzieningen) op vraag*

We nemen aan dat het totaal aan potentiële forensische patiënten die hoog scoren op de beide assen van beveiliging en zorgintensiteit, beperkt en stabiel van omvang is. Dit ongeacht het aantal opleggingen van de maatregel tbs met dwangverpleging, dus ongeacht de titel en bestrijkende het gehele forensische spectrum. Het beoogde effect van genormeerde en lagere doorlooptijden zoals voorgesteld, zal de omvang op termijn doen afnemen. We achten het van belang om de omvang inzichtelijk te krijgen.

Sinds 2006 is de behandelcapaciteit voor patiënten met een maatregel tbs met dwangverpleging fors uitgebreid. Gezien de daling van de tbs-opleggingen, dreigter leegstand in de FPC's/FPK's. Deze hoogwaardige voorzieningen, inclusief arbeidskapitaal (kennis en kunde) dienen naar onze mening echter blijvend te worden benut. Als de vraag afneemt, moet er gewaakt worden om soortgelijke voorzieningen in aanpalende sectoren te realiseren (o.a. GGZ, verstandelijk gehandicaptenzorg, verslavingszorg en gevangeniswezen).

Het aanbod zal in aansluiting moeten worden gebracht bij de zorg- en beveiligingsvraag, op geleide van de nog te bepalen capaciteitsomvang van het totaal aan forensische patiënten die hoog scoren op de beide assen van beveiliging en zorgintensiteit. Justitie zal samen met het werkveld tot een set toetsbare en transparante criteria moeten komen op basis waarvan gerichte keuzes gemaakt kunnen worden hoe dit te bereiken. Daarbij moet gezocht worden naar onder andere een wenselijke omvang per voorziening (te klein is niet rendabel aangezien voldaan moet worden aan gestelde bedrijfsmatige eisen, te groot is onbeheersbaar), regionale spreiding, kwaliteit van zorg en specialisatie. Dat laatste houdt in dat we toe willen naar verwijzing op maat op basis van heldere indicatiestelling en dat het aselechte plaatsingsbeleid wordt herzien.

2. *Harmonisering van de wijze van indicatiestelling*

Uitgaande van de forensische zorg als een continuüm, dient de tbs-maatregel te worden geïntegreerd in het geheel van forensische zorg. De indicatie dient dan op dezelfde wijze gesteld te worden, gebaseerd op de twee assen ‘intensiteit van zorg’ en ‘intensiteit van beveiliging’. Ook voor patiënten met de maatregel tbs met dwangverpleging dient de indicatie dus expliciet gesteld te worden langs de criteria van de assen.

De huidige indicerende instanties, de Reclassering en het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en psychologie (NIFP), dienen meer forensische kennis te verwerven om zelfstandig tot verbeterde indicatiestelling te komen. Het voorgaande mag niet leiden tot bureaucrativering en/of het complexer maken van de indicatiestelling, dan wel tot verhoging van de registratiedruk. Het voortvarend ontwikkelen van indicatie-instrumenten die het gehele veld van *care*, *cure* en *control* beslaan, zal daaraan fors bijdragen. Daarbij dienen wederzijdse indicaties te worden erkend en door dit in samenhang op te pakken, wellicht onder regie van de projectgroep Indiciestelling binnen het programma Vernieuwing Forensische Zorg in een strafrechtelijk kader (VFZ), kan de forensische risicofactor worden geïntegreerd in eenduidige en aansluitende behandeling. Zo kunnen zowel de zorgaanbieders als de financiers erop vertrouwen dat de indicatiestelling klopt. Door het wederzijds erkennen van de indicatiestelling door verschillende financiers, regelen we dat financiering de patiënt gaat volgen: het ontschotten van de financieringsstromen aan de verschillende aanbieders met hun type zorg, bevordert de broodnodige doorstroom in de keten.

In een dergelijk systeem wordt tevens een aansluiting gevonden met de indicatie voor longstay en longcare, die op dit moment als een externe differentiatie wordt beschouwd. Het proces tot het verkrijgen van een longstay-status, de plaatsing in een speciale voorziening, alsmede de verlofverlening zijn momenteel aan afwijkende regelgeving en beleidskader gebonden ten opzichte van de reguliere tbs-gestelden. Dit leidt in de uitvoering tot grote problemen. Indien de forensische zorg als een continuüm wordt ingericht, is dit onderscheid tussen interne en externe differentiaties niet langer relevant. De bewegingen binnen het continuüm van forensische zorg kunnen op de as van beveiliging zowel van hoog naar laag als omgekeerd plaatsvinden. Datzelfde geldt voor bewegingen op de as van de intensiteit van de zorg. Dat past beter bij het klinische beeld van de forensische patiënt die veelal meer episodes doormaakt waarin het risico en de intensiteit van het ziektebeeld sterk kunnen variëren in de tijd. Wij zijn ons er overigens van bewust dat hiervoor juridische kaders

moeten worden geschapen en wij pleiten ervoor dat belemmeringen in de nieuwe Wet Forensische Zorg worden opgelost.

3. *Transparantie over doorlooptijden van de intramurale tbs-behandeling*

Gelet op het aansluiten van de tbs met dwangverpleging binnen het geheel aan forensische zorg en bovenal onze visie om zo snel mogelijk te transmuraliseren, verdient het sterke aanbeveling om richtlijnen op te stellen voor de intramurale behandelperiode van hoog intensieve forensische zorg en hoge beveiliging en de instellingen zich hierover te laten verantwoorden. De sterk opgelopen intramurale behandelduur is immers contraproductief voor een effectieve behandeling gericht op resocialisatie. Tevens bestaat het risico dat patiënten te lang aan de bovenkant van de beveiligingsas verblijven, hetgeen niet alleen contraproductief is maar tevens kostenverhogend werkt. Het beveiligingsniveau moet altijd zo hoog als nodig, maar zo laag als mogelijk zijn en specifiek geïndiceerd en onderbouwd worden. Tenslotte is het naleven van richtlijnen tevens noodzakelijk omdat daarmee het uitgangspunt verschuift; het doel is resocialisatie middels verloftoewijzing, tenzij... De afgelopen jaren is veel aandacht uitgegaan naar het onderbouwen van de verlofaanvraag, waarmee de sterk groeiende groep patiënten zonder verlof buiten beeld dreigt te raken.

Om de gewenste verandering te entameren en te breken met de huidige gang van zaken, leggen we een scherpe collectieve ambitie neer. We stellen de volgende richtlijnen inzake het verloftraject voor:

- ≤ 12 maanden aanvraag begeleid verlof;
- ≤ 30 maanden aanvraag onbegeleid verlof;
- ≤ 54 maanden aanvraag transmuraal verlof.

Indien deze besluiten niet kunnen worden genomen, dient dit bij de forensische zorgaanbieder te leiden tot een discussie. Daarin moeten de redenen die een verlof in de weg staan nadrukkelijk onderbouwd en (bv. door de interne verlofvoetsingscommissie) geëvalueerd worden. Patiënten die niet of niet tijdig met de resocialisatie beginnen, komen dan eerder in beeld. Dan kan de behandeling worden aangepast om dit alsnog te realiseren; of kan de noodzakelijkheid van een langdurig verblijf, eventueel middels een second opinion in een andere instelling, worden bekrachtigd.

Het hanteren van een brede verlofmachtiging, waarbij een breed spectrum aan verlofmogelijkheden wordt geaccordeerd op basis waarvan de zorgaanbieder met haar kennis en kunde zelf intern beslissingen neemt die qua risicomanagement passen bij het toestandsbeeld van de patiënt, zal leiden tot

snelle procedures en grotere slagkracht van de behandeling. We realiseren ons dat dit een andere vorm van toetsing vraagt van het Adviescollege Verloftoetsing tbs (AVT), waarin een rol is belegd voor de overheid als het gaat om het dragen van medeverantwoordelijkheid voor het verloftraject.

Wij pleiten voor het invoeren van forensische prognoses. Dit in vervolg op het voorstel te komen tot richtlijnen voor de intramurale behandelduur op basis van genormeerde planning van vrijhedenbeleid (verlofmachtigingen) in het kader van een geleidelijke re-integratie in de samenleving. Iedere forensische zorgaanbieder is in staat een uitstroomprognose op te stellen op basis van de Pro Justitia rapportage bij plaatsing, de initiële klinische diagnostiek in de eerste behandel fase, de risicotaxatie en het behandelplan. De prognose heeft een hypothetisch karakter en wordt in het beloop van de behandeling getoetst op haar juistheid en verantwoorde veiligheid.

De juistheid behelst de diagnostiek en behandeling in klinische zin. Zit de patiënt in het juiste traject, bijvoorbeeld - eenvoudig gesteld - in een programma voor psychotische kwetsbaarheid of een programma voor behandeling van persoonlijkheidsstoornissen.

De verantwoorde veiligheid vereist dat de risico's leidend zijn bij het vaststellen van veiligheidsmarges en verlofplanning. Integrale diagnostiek, behandeling, risicotaxatie en risicomangement geven de basis voor de prognose en de tweejaarlijkse of jaarlijkse toetsing van de prognose door de rechter. Feitelijk stellen we dus voor een globaal gestandaardiseerde prognoseplanning (3, 6 of 9 jaar) voor de intramurale behandel fase, een centrale plaats te geven in het verlengingsadvies. Daarbinnen is het naleven van de eerder gestelde richtlijnen in de verlofplanning het middel om de prognose te halen.

De forensische sector kent een zware (bureaucratische) verantwoordingslast, die eerder teruggedrongen moet worden dan verder uitgebreid. Het verdient dan ook de voorkeur aan te sluiten bij bestaande beslissingsmomenten en bestaande multidisciplinaire overlegvormen en rapportages. Naast effectiviteitsmeting op groepsniveau van het betreffende zorgprogramma (hetgeen inzicht geeft in de doorlooptijd van de doelgroep), vindt er minimaal jaarlijks op patiëntniveau een interne toetsing plaats gekoppeld aan de behandelplanevaluatie. We bepleiten dat iedere forensische zorgaanbieder daartoe een toetsingsmechanisme op geprognosticeerde voortgang hanteert. Daarnaast is het wenselijk om tot andere prestatie-indicatoren voor de kwaliteit

van de forensische zorg te komen, waarin de doorlooptijden een plek krijgen. Daarmee wordt verantwoording afgelegd aan de zorginkoper.

Het verlengingsadvies biedt een goede mogelijkheid tot forensische prognosestelling, die dan een belangrijke en centrale plaats krijgt in dit advies. Ieder volgend verlengingsadvies expliciteert de voortgang in de prognosestelling en het bijbehorende vrijhedenbeleid in het kader van de verlofmachtigingen. Rechter, advocaat, officier van justitie en patiënt zien de voortgang terug in ieder verlengingsadvies. Daardoor krijgt het instrument “verlengingsadvies” een tijdsdisciplinerende werking met een rechterlijke toetsing. Er kan alleen beargumenteerd worden afgeweken van de initiële prognose, die in het verlengingsadvies centraal dient te staan.

Het verlengingsadvies dient expliciet als verantwoording van de voortgang en prognose van de intramurale behandeling voor de rechtbank, met inbegrip van advocaat en officier van justitie. Daardoor zullen juist deze partijen - die zich in toenemende mate bezorgd uitspreken over de steeds langere intramurale behandelduur in de tbs - samen met de patiënt transparant en verantwoord zicht krijgen op de te verwachte forensische behandelduur:

- **uitstroom uit de intramurale behandeling binnen drie tot vier jaar:** bijvoorbeeld goed mogelijk voor een groot deel van de patiëntenpopulatie met een psychotische stoornis zonder ernstige co-morbiditeit op het vlak van psychopathie, verslaving of ernstige autismspectrum symptomen;
- **uitstroom uit de intramurale behandeling binnen vijf tot zes jaar:** goed mogelijk voor een groot deel van de patiëntenpopulatie in het spectrum van de persoonlijkheidsstoornissen zonder ernstige co-morbiditeit op het vlak van bijvoorbeeld psychopathie, verslaving, impulsiviteit, hyperseksualiteit of andere ernstige vormen van seksuele deviatie of niet-aangeboren hersenletsel en andere chronische problematiek;
- **uitstroom uit de intramurale behandeling binnen zeven tot negen jaar:** noodzakelijk voor de patiëntenpopulatie met vaak ernstige persoonlijkheidsproblematiek en co-morbiditeit op het vlak van psychopathie, ernstig en langdurig verslavingsverleden, stemmingsstoornissen of seksuele deviatie, transmuralisering kan wel eerder worden ingezet in de behandeling, maar de problematiek vereist een lange teugel vanuit de behandelende kliniek, duidelijk risicomanagement en een zeer geleidelijke overdracht naar

ketenpartners, meestal de reclassering, bijvoorbeeld met forensisch psychiatrisch toezicht;

- **chronische problematiek, langdurige forensische zorg:** hoog gestructureerd kader, indien mogelijk in samenwerking met de reguliere psychiatrie (psychosespectrum of andere stoornissen zoals gedefinieerd in de major mental disorders door de WHO, 2008), of in een duurzaam forensisch kader (forensische longcare/longstay).

Een dergelijke transparantie en toetsbaarheid van de behandeling zal het draagvlak voor de tbs-behandeling kunnen vergroten. Naast de onafhankelijke toets door de rechter op basis van de verlengingsadviezen, zouden ook de MD-rapportages in het kader van het derden-onderzoek na zes jaar kunnen worden ingezet om de prognose te toetsen. Eventueel zou de termijn dan verkort kunnen worden naar drie jaar, zodat tijdig kan worden bijgestuurd. Daarnaast zou een klinische observatie in een collega-instelling, gespecialiseerd in second opinions op het gebied van gestagneerde behandeling, een objectieve toets kunnen bieden op de prognose of, wat veel belangrijker is, concrete suggesties kunnen doen om de behandeling weer vlot te trekken en nieuw perspectief te bieden. Dit kan eenvoudig de huidige praktijk van herselectie vervangen.

4. *Ontkoppeling titel en bed*

In het gehele forensische veld wordt de combinatie van zorg en beveiliging geboden, zeker als er sprake is van een strafrechtelijke maatregel. De *hoogste* mate van beveiliging en de *meest* intensieve forensische zorg, wordt thans geboden in de FPC's en in de FPK's. De FPC's zijn echter (behoudens uitzonderingen) voorbehouden aan de patiënten die de maatregel tbs met dwangverpleging hebben. Deze intensieve en hoog beveiligde forensische zorg kan echter (al dan niet tijdelijk) ook geïndiceerd zijn voor patiënten met een andere maatregel, civielrechtelijk of strafrechtelijk. We stellen voor om de opnamecriteria voor de FPC's te wijzigen volgens de op de assen geformuleerde indicatie.

Door het ontkoppelen van titel en bed zal er een permeabiliteit oftewel een continuüm aan forensische zorg ontstaan dat zowel de domeinen van Justitie als de GGZ beslaat: de patiënt belandt in de juiste voorziening op geleide van de actuele zorg- en beveiligingsvraag. De minister van Justitie behoudt daarbij zijn sturingsmogelijkheid aangaande het wel of niet toekennen van verlof. De doorstroom naar vervolgvoorzieningen wordt beter gefaciliteerd en de continuïteit van de forensische zorg wordt beter gewaarborgd. Dat is met name binnen de forensische zorg een zeer belangrijk punt, vanwege de risico's die met elke overgang gepaard gaan. We beschouwen een vloeiende overgang als

een kernkwaliteit van de forensische zorg en als een kritische factor ten aanzien van de maatschappelijke veiligheid.

Een continuüm aan forensische zorg dient tevens te worden gefaciliteerd door aansluitende wet- en regelgeving, zodat het kader de patiënt niet in de weg zit maar min of meer volgt. Als we de afstand tussen de verschillende wettelijke kaders verkleinen, wordt de samenwerking met de reguliere psychiatrie en verantwoorde uitstroom naar deze sector gestimuleerd. De GGZ zal haar deuren moeten openen voor onze patiënten zodra die verantwoord kunnen uitstromen, maar wij moeten dan ook de garantie bieden van hulp en steun en de garantie op zo nodig een onverwijld terugplaatsing zodra er gevaar ontstaat. De overheid zal daartoe condities moeten scheppen om dit mogelijk te maken, waaronder ondersteunende wetgeving en bijpassende financiering (op dit ogenblik kan een patiënt waarvan de maatregel is verlopen, niet worden teruggeplaatst zonder nieuw vonnis).

De Wet Forensische Zorg (WFz) is in de maak; volgens de planning zal implementatie in 2011 plaatsvinden. In de WFz zijn de verruimde mogelijkheden opgenomen voor de strafrechter, de officier van justitie en de Minister van Justitie om voor justitiabelen een forensische zorgmachtiging af te geven waarmee deze patiënten toegang krijgen tot de door Justitie ingekochte zorg. Daarnaast geeft deze wet de strafrechter een veel ruimere mogelijkheid dan het huidige art. 37 Sr, om een civiele machtiging af te geven. Dat maakt een verbeterde overgang mogelijk tussen (justitiële) forensische zorg en de reguliere GGZ en geeft de strafrechter de mogelijkheid om een (verdere) strafsancie achterwege te laten en de verdachte, met een civiele titel, een plaats in de reguliere GGZ te geven. Om deze patiënten adequaat te kunnen behandelen zijn in het ontwerp Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WVGZ) bepalingen ter beveiliging opgenomen. Deze bepalingen lijken op vergelijkbare bepalingen uit de beginselenwetten. Achtergrond van het opnemen in het wetsvoorstel lijkt dat in de GGZ afdeling voor intensieve zorg, waar justitiabelen doorgaans zullen worden geplaatst, hieraan vaker behoefte zal bestaan dan in een reguliere GGZ afdeling. We leggen nadruk op het doorvoeren van vergelijkbare zorg- en beveiligingsmogelijkheden. Immers zonder de mogelijkheid om deze maatregelen te treffen ontstaan er in de geestelijke gezondheidszorg veiligheidsrisico's die voor de rechter een belemmering zouden kunnen zijn om een zorgmachtiging af te geven. Deze risico's kunnen ook een belemmering vormen voor het slagen van de behandeling in een GGZ-instelling na een overplaatsing in het kader van hoofdstuk 6 WFz of na plaatsing op grond van een, ex art 2.3 WFz, gegeven civiele machtiging.

We zijn voorstander van het afgeven van een *brede* zorgmachtiging, zodat het gehele pakket aan zorg- en beveiligingsmaatregelen voorhanden is en dat bij fluctuaties in het toestandbeeld van de patiënt hij of zij op de juiste plaats van de juiste zorg voorzien kan worden.

5. *Hanteren van een regierol binnen de keten van klinisch tot ambulant*

Op landelijk niveau is de afgelopen jaren hard gewerkt om de inkooprelatie inzake de forensische zorg te regelen. Op instellingsniveau zijn er geen fysieke problemen: de benodigde voorzieningen zijn operationeel. Echter op patiëntniveau ontbreekt er een methodiek die garandeert dat patiënt A met indicatie 1 ook op het juiste bed terecht komt. We menen dat het ontbreekt aan een heldere regierol ten aanzien van de ketenverantwoordelijkheid en, in het verlengde hiervan, aan plaatsingsregie voor de patiënten die hoog scoren op beide assen van ‘beveiliging’ en ‘zorgintensiteit’.

De beoogde regie kan worden vormgegeven door ketenbrede zorgprogramma's. Ook hier staan de beide assen van ‘beveiliging’ en ‘zorgintensiteit’ centraal en niet de forensische of niet-forensische titel. Het gaat immers primair om het inhoudelijke perspectief. De ketenbrede zorgprogramma's zullen dan ook zo moeten worden opgesteld dat de hulpverlener zorginhoudelijk niet in de knel komt wanneer de patiënt zich door het min of meer ontschotte behandeltraject begeeft. Dat houdt in dat in de programma's differentiatie is opgenomen ten aanzien van veiligheid en inperking van gedrag en dat ze in reikwijdte ook de ambulante processen dekken. We streven naar een verbeterde zorg voor de patiënt door (gedurende de gehele periode van behandeling) de aangeboden zorg zodanig op elkaar af te stemmen dat continuïteit van zorgverlening, een efficiënte behandelondersteuning en logistiek alsmede het aanbieden in samenhang van specifieke modules mogelijk worden. Die verbetering moet uitgedrukt kunnen worden in verkorting van de totale doorlooptijd én in het kwalitatieve effect van de behandeling. Het terugdringen van recidive dan wel het beperken van overlastgevend gedrag is hierbij het doel.

De inhoudelijke ketenverantwoordelijkheid zou moeten liggen binnen het forensische veld, als specialisten op het gebied van zorg/control op maat. De verantwoordelijkheid stopt dan niet, maar wordt juist breed genomen. Wij voelen ons verantwoordelijk om de regierol ten aanzien van deze ketenverantwoordelijkheid te nemen voor patiënten met de combinatie van een hoge beveiligingsnoodzaak en een intensieve zorgvraag, temeer omdat wij aanspreekbaar zijn op recidive. Naast dat de Minister van Justitie daarmee een eenduidig aanspreekpunt behoudt, draagt het nemen van deze regierol bij aan

het verhogen van de betrouwbaarheid van zorg en beveiliging en schept het mogelijkheden voor adequate nazorg dan wel terugvalmogelijkheden. Deze voorgestelde regierol willen we inhoudelijk gezamenlijk herdefiniëren met het forensische veld.

Analoog aan de positie die de zorgverzekeraar of het zorgkantoor inneemt inzake respectievelijk zorg onder de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), dient de overheid steviger regie te nemen in de plaatsing op basis van het principe dat er een opnameplicht geldt op geleide van de indicatie. Het respecteren van elkaars indicatie waarbij de financiering de patiënt volgt, bevordert de doorstroom richting aanpalende werkvelden nu de plaatsbaarheid niet meer ter discussie staat.

Bijzondere aandacht vraagt het ambulante werkveld. Het volume zal daar groeien, mede vanwege de voorgenomen verkorting van de intramurale doorlooptijden en vanuit het besef dat de reeds klinisch opgedane vaardigheden van de patiënt in de maatschappij veilig en verantwoord zullen moeten worden getoetst (treatment in community). In de ambulante sector zijn tal van ontwikkelingen gaande waarop kan worden voortgeborduurd. De ambulante forensische inkoop is geregeld, de rol van de Reclassering is verstevigd, de termijnen voor voorwaardelijke beëindiging zijn verlengd, FPC's houden steviger een vinger aan de pols middels Forensisch Psychiatrisch toezicht (FPT) en ook de forensische poliklinieken zijn allen reeds gekoppeld aan een FPC.

Binnen het ambulante werkveld dient de relatie met de verslavingszorg en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) verder verstevigd te worden. Modules van de eerder genoemde (keten)zorgprogramma's voor een geïntegreerde behandeling bij dubbele diagnose zullen moeten worden verfijnd. Zo vindt het zorgaanbod zijn vorm in een gelijktijdig en gecoördineerd aangeboden behandeling van psychiatrische stoornissen en stoornissen gebonden aan het gebruik van psychoactieve stoffen door één behandelaar of team. De hulpverleners zijn getraind en deskundig in beide behandelvormen, waardoor de patiënt zich op een consistente manier met dezelfde filosofie en houding aangesproken ziet. Deze behandeling betreft de Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT), aangevuld met kenmerken van forensische psychiatrie waaronder specifiek recidivepreventie. De uitvoer kan geschieden door ambulante forensische ACT-teams onder onze verantwoordelijkheid (primaat bij het risico).

Samen met het forensische veld zal het voornoemde overloopgebied op landelijk (Forensisch Netwerk) niveau gedefinieerd moeten worden, zodat juist daar de

randvoorwaarden voor ontkokerde financiering, wederzijds erkende
indicatiestelling en ketenregie geborgd gaan worden.

4. Veranderen wat nodig is en behouden wat goed is

“Veranderen wat nodig is en behouden wat goed is” is het laatste hoofdstuk van het visiedocument uit 2005. De zeggingskracht van deze titel is nog onverkort van toepassing. Wij willen continu leren en doorontwikkelen door ons te blijven verstaan met de veranderende omgeving(seisen). Tevens geeft het de intentie van onderhavige notitie goed weer: wij willen door op de ingeslagen weg en realiseren ons terdege dat enkele aanpassingen in het systeem wederom nodig zijn om het forensische zorgstelsel in haar kracht te zetten.

We hebben in deze notitie in een vijftal samenhangende hoofdlijnen onze visie uiteengezet over wat nodig is om de *hoog intensieve* en *hoog beveiligde* forensische zorg te optimaliseren in de context van de gehele geestelijke gezondheidszorg. Om de kans van slagen zo groot mogelijk te laten zijn, willen wij gezamenlijk met het forensische veld onderzoeken hoe we onze plaatsbepaling in de middenpositie kunnen verbreden. Daarmee beogen we de regisseursrol inzake de ketenverantwoordelijkheid in een breed zorgcontinuüm op het snijvlak van forensische en niet-forensische parameters inhoudelijk te herdefiniëren, wat bijdraagt aan een soepel behandelbeloop van de patiënt door de keten op basis van juiste indicatiestelling op het juiste niveau aan beveiliging en zorgintensiteit.

Door het loslaten van de koppeling van de patiënt aan de titel en het bed en het creëren van een geharmoniseerde rechtspositie voor alle patiënten in de forensische zorg, nemen plaatsingsproblemen af. Wederzijdse erkenning van de financiering van (justitiële) forensische zorg, volgend op wederzijdse erkenning van (justitiële) forensische indicatiestelling, zal het huidige financieringsprobleem van het continuüm aan forensische zorg aanpakken. Door invulling te geven aan deze essentiële randvoorwaarden wordt het mogelijk om inhoudelijke zorgverlening op maat te bieden en de feitelijke in- door- en uitstroom van forensische patiënten te faciliteren. Transparante prognosestelling over het intramurale verblijf van forensische patiënten binnen een kader van genormeerde verloftrajecten, zullen verder bijdragen aan het verkorten van de totale behandelduur. Uiteraard met behoud van waarborgen voor de veiligheid en het adequaat afleggen van verantwoording. Daarmee doen we recht aan zowel de patiënt als de samenleving. ***Dit is forensische zorg in perspectief.***

5. Van visie naar realiteit

Deze notitie omvat onze gezamenlijke inhoudelijke visie. De inhoudelijke verbeteringen dragen direct en positief bij aan de maatschappelijke doelstellingen van de forensische zorg. Wij zijn van mening dat er geen discussie kan bestaan over onze maatschappelijke doelstellingen: onze inhoudelijke visie komt hier direct uit voort. Hoewel over de inhoud belangrijke verschillen van inzicht kunnen bestaan, lijken forensische zorgaanbieders, ketenpartners en andere belanghebbenden elkaar in grote lijnen te kunnen vinden op de inhoud.

Een louter inhoudelijk perspectief is geen garantie voor een succesvolle implementatie van verbeteringen. Inhoudelijke wijzigingen kunnen niet los worden gezien van de politieke, bestuurlijke en organisatorische context. Het implementeren van inhoudelijke wijzigingen - zoals voorgesteld in deze notitie - heeft vanzelfsprekend consequenties voor bestaande structuren, posities en rollen. De verschillende (dikwijls grote) politieke, bedrijfseconomische en commerciële belangen van één of meer spelers kunnen in het geding komen. Wij zijn ons daarvan bewust.

We zijn van mening dat in een dergelijk complexe context, juist een inhoudelijke visie uitkomst kan bieden. Even gemakkelijk overigens, kan een inhoudelijke visie worden gezien (of worden aangewend) als vehikel om de belangen van één of meer spelers te dienen. Wij vinden het noodzakelijk om op basis van deze inhoudelijke visie een nadere gedachtewisseling te hebben met onze belangrijkste ketenpartners (zoals FPA's, RIBW's, verslavingszorg, reclassering, reguliere GGZ, etc.). En in aansluiting hierop met alle andere belanghebbenden (waaronder onze financiers, toezichhouders, de rechterlijke macht, het openbaar ministerie, onze indicatiestellers, de advocatuur en andere meer en minder direct en indirect betrokkenen). Een inhoudelijke discussie, op basis van een gemeenschappelijk uitgangspunt: de maatschappelijke functie en doelstellingen van forensische zorg.

Tegelijkertijd zullen wij met het gehele veld moeten kijken naar de politieke, bestuurlijke en organisatorische context. Dit vindt op onderdelen reeds plaats, getuige de verschillende onderzoeken, adviezen en verbetervoorstellen (onder meer met betrekking tot weigeraars, oplopende behandelduur, longstay, capaciteitsproblematiek, marktordening, financiering, etc.)

Wij waarderen alle aandacht voor de verschillende onderwerpen zeer, maar achten de ontwikkeling van *een integrale en breed gedragen visie* op dit moment noodzakelijk. We zijn van mening dat de ontwikkeling en implementatie van deze visie het meest kansrijk is met de inhoud als startpunt. Met deze notitie willen wij daarin voorzien.

Wij zien het als onze taak om initiatieven nemen voor een verdere inhoudelijke discussie. Eerst met onze ketenpartners, daarna met andere belanghebbenden. Parallel aan deze inhoudelijke discussie zullen wij initiatieven nemen om - ook weer samen met ketenpartners en alle andere belanghebbenden - invulling te geven aan de politieke, bestuurlijke en organisatorische context.

Het grote maatschappelijk belang van de door onze sector aangeboden zorg verdient het te worden gedragen door een integrale en breed gedragen visie. Wij rekenen het tot onze eigen maatschappelijke verantwoordelijkheid hierin te voorzien.

Bijlage 1, ODO en LBHIV

Onderstaande forensische instellingen onderschrijven de visienota *Forensische Zorg in Perspectief*:

- FPC de Oostvaarderskliniek
- FPC Veldzicht
- FPC de Kijvelanden
- FPC Dr. S. van Mesdag
- FPC de Rooyse Wissel
- FPC Dr. Henri van der Hoevenkliniek
- FPC Oldenkotte
- FPC Mr. W.P.J. Pompekliniek
- FPC 2Landen
- FPK de Beuken/Trajectum Hoeve Boschoord
- FPK Assen/GGZ Drenthe
- FPK de Woenselse Poort/GGZ Eindhoven
- FPK Inforsa

Deze instellingen zijn bestuurlijk vertegenwoordigd in het Onderlinge Directeuren Overleg (ODO) en in het Landelijk Beraad *Hoogst* Inhoudelijk Verantwoordelijken (LBHIV). Tevens zijn deze instellingen vertegenwoordigd in het Forensisch Netwerk van de brancheorganisatie van GGZ Nederland.

Bijlage 2, lijst met 22 strafrechtelijke titels

- 1) Artikel 37 Sr (niet toerekeningsvatbaar)
- 2) TBS met dwangverpleging (artikel 37a Sr)
- 3) Overplaatsing vanuit TBS-kliniek (artikel 14 Bvt)
- 4) Plaatsing ter observatie (artikel 13-1 Bvt)
- 5) TBS met proefverlof (artikel 51-1 Bvt)
- 6) Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (artikel 389-2 Sr: plaatsing in zorgvoorziening)
- 7) TBS met voorwaarden (artikel 38a Sr)
- 8) Voorwaardelijke veroordeling (artikel 14a Sr)
- 9) Sepot met voorwaarden (artikel 167 Sv / 244 Sv)
- 10) Schorsing met voorwaarden (artikel 80-1 Sv)
- 11) Voorwaardelijke gratieverlening (artikel 13-1 Gratiwet jo. 558 Sv)
- 12) Plaatsing t.b.v. pro-Justitia rapportage (artikel 1961/317 Sv)
- 13) Overplaatsing vanuit Gevangeniswezen i.v.m. detentieongeschiktheid (artikel 15-5 Pbw)
- 14) Overbrenging vanuit Gevangeniswezen i.v.m. detentiefasering (artikel 4.3 Pbw)
- 15) ISD met voorwaarden (artikel 38p-5 Sr)
- 16) ISD (artikel 44 b t/m 44 q Penitentiaire maatregel Pbw)
- 17) Penitentiair programma met zorg (artikel 15.2 Pbw)
- 18) Interne overplaatsing op zorgafdeling in het gevangeniswezen
- 19) Pré klinische interventie bij TBS-gestelden in het gevangeniswezen
- 20) Poliklinische verrichtingen door GGZ in het gevangeniswezen
- 21) Voorwaardelijke Invrijheidstelling met bijzondere voorwaarden
- 22) Strafbeschikking met aanwijzing¹¹

¹¹ Deze strafbeschikking valt onder de wet OM afdoening en wordt gefaseerd toegepast. De verwachting is dat in 2009 deze strafrechtelijke titel nog weinig zal worden opgelegd.