

Vergaderjaar 2012–2013

33 628

Forensische zorg

Nr. 2

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN DE STAATSSECRETARIS VAN VEILIGHEID EN JUSTITIE

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 juni 2013

Op 31 juli 2012 heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) het advies «Stoornis en Delict» uitgebracht over de mogelijke gevolgen van de invoering van twee nieuwe wetten: de Wet forensische zorg en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg¹. In de afgelopen periode hebben de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het advies nader bestudeerd. Samen met het veld hebben we de knelpunten die de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg beschrijft, geanalyseerd en mogelijke oplossingsrichtingen verkend. Graag sturen wij u hierbij onze gezamenlijke reactie op dit advies.

De gezamenlijke doelstelling van de Wet forensische zorg en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg is het verbeteren van continuïteit van zorg aan mensen met psychische stoornissen. De Wet forensische zorg heeft daarbij als doel de aansluiting tussen forensische zorg² en (reguliere) geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. Het verbeteren van de continuïteit en de aansluiting is zowel in het belang van de patiënt/justitiabele met psychiatrische problematiek (omdat het zo makkelijker wordt zorg op maat te realiseren) als van de samenleving (omdat een goede aansluiting van zorg recidive kan verminderen en de veiligheid van samenleving kan verhogen). De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg constateert in zijn advies dat de kans groot is dat deze doelstellingen behaald worden door de komst van deze wetten.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg schetst in zijn advies een aantal verbeterpunten dat bij moet dragen aan een succesvolle werking van beide wetten. In deze reactie wordt allereerst de gezamenlijke doelgroep van de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Veiligheid en Justitie gedefinieerd en vervolgens beschreven welke

¹ Vergaderjaar 2011–2012, Kamerstuk 25 424 nr. 188

² Onder forensische zorg wordt door het kabinet verstaan: zorg in een strafrechtelijk kader.

maatregelen worden genomen om een aantal van de knelpunten zoals die door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg zijn beschreven op te lossen.

1. De gezamenlijke doelgroep van VWS en VenJ

De ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Veiligheid en Justitie onderschrijven het uitgangspunt van het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg dat in beide kaders primair de stoornis het aangrijpingspunt moet zijn voor plaatsing en behandeling, niet de juridische titel, en dat er sprake is van een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor twee deels overlappende groepen patiënten: patiënten die na forensische zorg nog zorg nodig hebben en/of die voorafgaand aan de forensische zorg al zorg hebben ontvangen.

Het gaat hierbij dus om:

- 1) patiënten die in regulier kader al behandeld zijn en die via het strafrechtelijk kader forensische zorg krijgen teneinde herhaling van het strafbare feit te voorkomen en te bereiken dat ze na de strafperiode weer kunnen functioneren in de maatschappij.
- 2) patiënten waarvoor na afloop van de straftitel nog zorg nodig is omdat sprake is van chronische problematiek.

Voor de bovenstaande doelgroep is ketenzorg nodig die de zorg tijdens strafrechtelijke titel – de forensische zorg – overstijgt. Voor deze groep wordt ook zorg (in civiel en/of vrijwillig kader) ingekocht door zorgverzekeraars (op basis van de Zorgverzekeringswet) en zorgkantoren (op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). Binnen zowel het strafrechtelijke als het vrijwillige en het civiele domein wordt met andere woorden zorg en begeleiding ingekocht en (opeenvolgend) geleverd aan patiënten uit de gezamenlijke doelgroep zoals hierboven beschreven. Daarnaast voeren ook de gemeenten taken uit ten behoeve van deze doelgroep, zoals: vroegsignalering, toeleiding naar zorg en begeleiding op het gebied van wonen, werken, uitkering en/of schuldsanering³. In kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning kopen gemeenten ook zelf zorg en begeleiding in voor deze doelgroep, waaronder de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) en de Maatschappelijke Opvang (MO). Ook de politie heeft in het kader van de handhaving van de openbare orde te maken met mensen met psychische en/of verslavingsproblematiek die overtredingen begaan, overlast geven of hulpverlening blijken nodig te hebben. In 2012 hebben de politie en GGZ Nederland een (hernieuwd) convenant afgesloten waarin de onderlinge taken en verantwoordelijkheden ten aanzien van de zorg aan deze groep mensen zijn vastgelegd⁴.

De gezamenlijke doelgroep van de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Veiligheid en Justitie bestaat voor een groot deel uit patiënten met ernstige en complexe problematiek op verschillende levensgebieden die langdurig behandeling en/of begeleiding nodig hebben. Centrale kenmerken van patiënten uit deze groep zijn dat er sprake is van een ernstige psychiatrische aandoening (EPA), met veelal weinig ziekte-inzicht en/of behandelmotivatie, met comorbiditeit zoals verslaving en/of verstandelijke beperking, en dat er vaak sprake is van agressief of antisociaal gedrag. Om deze doelgroep beter in kaart te brengen zullen we een gezamenlijk onderzoek laten uitvoeren.

³ Deze taken voeren de gemeenten uit op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning.

⁴ Convenant Politie – GGZ Nederland 2012.

Op grond van de aard van hun gedragsproblematiek komt deze groep in aanraking met zowel de geestelijke gezondheidszorg als met justitie. Om terugval, crisis en/of recidive te voorkomen, is het van groot belang dat deze mensen in zorg komen, de juiste zorg krijgen, en dat de zorg voor deze groep naadloos gecontinueerd wordt, ook bij de overgang van het strafrechtelijke naar het civiele of het vrijwillige kader en vice versa.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg geeft in zijn advies aan dat er een grote kans is dat door komst van de twee nieuwe wetten patiënten uit de gezamenlijke doelgroep in toekomst vaker in de (reguliere) geestelijke gezondheidszorg behandeld worden. In deze context worden door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aanbevelingen richting de sector gedaan om zich voor te bereiden op de komst van deze doelgroep. De geestelijke gezondheidszorg sector is momenteel bezig met het oppakken van deze aanbevelingen en investeert onder meer in nieuwe interventiemogelijkheden voor deze doelgroep. Het aantal plaatsen forensische zorg dat door het ministerie van Veiligheid en Justitie wordt ingekocht in de geestelijke gezondheidszorg en het aantal zorgaanbieders dat zorg en begeleiding levert aan deze doelgroep, is sinds de start van de inkoop door het ministerie van Veiligheid en Justitie per 2007, fors gestegen. Deze doelgroep is dan ook niet nieuw binnen de geestelijke gezondheidszorg.

In de praktijk zien we dat in brede, geïntegreerde instellingen de verschillende afdelingen van elkaar leren om deze doelgroep te behandelen⁵. Daarnaast is de geestelijke gezondheidszorg momenteel volop in ontwikkeling. Veldpartijen spreken bijvoorbeeld over de ontwikkelingen van High Care Units, die bedoeld zijn voor groepen die zeer intensieve zorg en begeleiding nodig hebben. Ook wordt er geïnvesteerd in vroegsignalering: door versterking van de praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ) wordt de huisarts beter in staat gesteld de herkenning en toeloop van mensen met psychische klachten te organiseren⁶.

2. Het advies van de RVZ

Een centrale aanbeveling die de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg doet, is om te komen tot één wettelijk uitvoeringsregime voor beide wetten. In het advies geeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan dat dit uitvoeringsregime zou moeten worden gebaseerd op één gezamenlijke indicatiestelling waarin zowel de behandeling als de noodzakelijke beveiliging is ondergebracht. Het ministerie van Veiligheid en Justitie en de zorgverzekeraars zouden in dit regime gezamenlijk de forensische en reguliere zorg voor patiënten uit de gezamenlijke doelgroep moeten inkopen en financieren. Omdat de stoornis uitgangspunt zou moeten zijn voor de plaatsing en behandeling en niet de juridische titel, zouden onwenselijke verschillen in rechtsposities van patiënten zoveel mogelijk weggenomen moeten worden, teneinde de mogelijkheden voor samenplaatsing van patiënten met een verschillende titel te verbeteren.

Daarbij adviseert de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg dat de gemeente de geestelijke gezondheidszorg handelingsbevoegdheid (zeggenschap) moet geven op een aantal maatschappelijke terreinen zoals: huisvesting, arbeid en sociale zekerheid. Daarmee wordt de geestelijke gezondheidszorg een uitvoeringsorgaan van lokaal zorgbeleid als het gaat om de zorg aan forensische patiënten. De gemeente wordt

⁵ Er zijn bijvoorbeeld instellingen waar uitwisseling van personeel plaatsvindt, bijvoorbeeld zorgverleners die eerst op een afdeling voor civielrechtelijk geplaatste patiënten, daarna op de afdeling voor terbeschikkinggestelden werken.

⁶ Dit is afgesproken in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013 – 2014.

dan cofinancier en inkooppartner van Veiligheid en Justitie en de zorgverzekeraars. De geestelijke gezondheidszorg, de maatschappelijke opvang en de reclassering zijn in de optiek van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg daarbij gezamenlijk verantwoordelijk voor de continuïteit van de keten.

3. Beleidsreactie

We onderschrijven de analyse van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg dat de aansluiting tussen zorg die in strafrechtelijk kader en zorg die in civiel/vrijwillig kader geleverd wordt aan de gezamenlijke doelgroep op dit moment niet altijd optimaal is. Daarom is het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg voor ons aanleiding om op onderdelen concrete maatregelen te nemen om deze aansluiting te verbeteren. Gezien de wetsvoorstellen Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet forensische zorg achten wij het op dit moment echter niet noodzakelijk alle aanbevelingen die de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg doet één op één over te nemen. In de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet forensische zorg worden namelijk grote en belangrijke stappen voorgesteld om de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening en aansluiting tussen forensische zorg en (reguliere) geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. Zo is in de Wet forensische zorg een verbindingsartikel met de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg opgenomen dat het mogelijk maakt om op verschillende momenten in het strafproces waar nodig zorg op basis van een rechtelijke machtiging op te leggen. In de Wet forensische zorg is daarnaast opgenomen dat de zorgaanbieder zes weken voor afloop van de justitiële titel voorbereidingen treft om aansluitende zorg te realiseren, mocht deze nodig zijn. Hierdoor wordt de continuïteit van de zorgverlening verbeterd, ook bij overgang van het strafrechtelijke naar het civiele kader.

Daarnaast staat in de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg niet langer opname centraal, maar zorg op maat, die ook ambulant verleend kan worden. Om de continuïteit van de zorgverlening en de zorg na afloop van de justitiële titel te verbeteren, moet zowel met het cliënt en -familieperspectief, als met het maatschappelijk perspectief rekening worden gehouden⁷. Terugval na crisis en onvrijwillige opname kan zo beter worden voorkomen. Zoals de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in zijn advies constateert, zijn de forensische en de reguliere zorg de laatste periode al sterk naar elkaar toegegroeid. Om beide wetten op zorgvuldige wijze in de praktijk in te voeren en te borgen zullen nog de nodige inspanningen gedaan moeten worden. Bij de evaluatie van de nieuwe wetten wordt vervolgens bezien in hoeverre de doelen van de nieuwe wetten gerealiseerd zijn en/of nadere maatregelen, dan wel eventuele aanpassingen van het stelsel noodzakelijk zijn. Op dit moment is er geen noodzaak om tot één wettelijk uitvoeringsregime voor beide wetten te komen. Op basis van het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg komen we op onderdelen wel tot specifieke aanvullende maatregelen om de continuïteit van de zorgverlening aan patiënten uit onze gezamenlijke doelgroep te verbeteren.

⁷ Om de continuïteit van de zorgverlening en de zorg na afloop van de justitiële titel te verbeteren, moet de behandelaar volgens de Wet verplichte Geestelijke Gezondheidszorg rekening houden met de cliënt- en familieperspectief bij het opstellen van het zorgplan. Ook met het maatschappelijk perspectief moet rekening worden gehouden, door essentiële voorwaarden voor zelfstandige deelname aan het maatschappelijk leven zo nodig in het zorgplan vast te leggen. Indien er essentiële voorwaarden ontbreken, wordt er overlegd met de betrokkene zelf, diens familie of naasten of de gemeente om deze alsnog te realiseren. Doel is het bevorderen van maatschappelijke deelname van betrokkene ter voorkoming van terugval na gedwongen zorg.

4. Concrete maatregelen

In de volgende paragrafen beschrijven we welke concrete maatregelen er op basis van het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg naast de komst van de nieuwe wetten, genomen worden, om de continuïteit van en de aansluiting tussen de forensische zorg en de reguliere geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. De concrete maatregelen zijn op hoofdlijnen te verdelen in drie gebieden:

- 4.1 Afstemmen over en waar mogelijk flexibiliseren van financiering, bekostiging en inkoop
- 4.2 Afstemming van werkprocessen in strafrechtelijk, civiel en vrijwillig kader
- 4.3 Integrale samenwerking

4.1 Afstemmen over en waar mogelijk flexibiliseren van financiering, bekostiging en inkoop

Voor een aanzienlijk deel van de groep personen die forensische zorg in een strafrechtelijk kader ontvangt, geldt dat bij beëindiging van de strafrechtelijke titel nog een zorgbehoefte aanwezig is. Om continuïteit van zorg bij het einde van deze titel te realiseren moet aansluitend in vrijwillig kader of op basis van een rechterlijke machtiging zorg geboden worden. Waar zorg in een strafrechtelijk kader wordt ingekocht door het ministerie van Veiligheid en Justitie⁸, koopt de zorgverzekeraar of het zorgkantoor de zorg in die daar (eventueel) in een civielrechtelijke dan wel regulier kader op volgt.

De ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Veiligheid en Justitie nemen de onderstaande maatregelen om de knelpunten uit het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg die te maken hebben met bekostiging en financiering op te lossen.

a. Afstemmen van inkoop(beleid) tussen het ministerie van Veiligheid en Justitie en zorgverzekeraars

Zorg in een strafrechtelijk en zorg in een niet-strafrechtelijk kader zijn communicerende vaten. Zo is de uitstroom van forensische zorg mede bepalend voor de instroom in het vrijwillige of het civiele kader. Als zorgverzekeraars vroegtijdig zicht hebben op de gezamenlijke doelgroep kunnen ze bij de planning van hun inkoop rekening houden met doorstroom van strafrechtelijk naar civiel/vrijwillig kader en voldoende capaciteit inkopen om hun zorgplicht te vervullen en de continuïteit in zorgverlening voor deze groep te verbeteren. Ook is sprake van beleidsmatige ontwikkelingen binnen elk kader, die gevolgen kunnen hebben voor de zorg die binnen het andere kader idealiter geleverd zou moeten worden. Om continuïteit van de zorgverlening bij overgang van het ene naar het andere kader te waarborgen, en een op de behoefte afgestemde zorginkoop mogelijk te maken, is het wenselijk dat het ministerie van Veiligheid en Justitie en de zorgverzekeraars de inkoop van (forensische) zorg op elkaar afstemmen. Het afstemmen van de inkoop is in lijn met het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg dat het ministerie van Veiligheid en Justitie en zorgverzekeraars bij de inkoop meer in gezamenlijkheid moeten optrekken.

Om de start van het afstemmen van de zorginkoop te markeren hebben de afgelopen maanden gesprekken plaatsgevonden tussen het bestuursdepartement van het ministerie van Veiligheid en Justitie en het ministerie

⁸ Sinds 1 januari 2008 is het Ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ), i.c. de Directie Forensische Zorg (DForZo) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), verantwoordelijk voor de inkoop van (volwassen) forensische zorg in strafrechtelijk kader.

van Volksgezondheid, Welzijn en Sport als stelseigenaren, de Directie Forensische Zorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen, die namens het ministerie van Veiligheid en Justitie forensische zorg inkoop en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Hierbij hebben alle aanwezige partijen de intentie geuit te komen tot vaste werkafspraken over het regelmatig afstemmen van inkoop(beleid) tussen de Directie Forensische Zorg en de verzekeraars.

In vervolg hierop hebben de afgelopen maanden reeds eerste bilaterale gesprekken plaatsgevonden tussen de Directie Forensische Zorg en enkele grote verzekeraars. Hierin is afgesproken dat de Directie Forensische Zorg en de grote verzekeraars reguliere overleggen starten over inkoopbeleid en over beleidsontwikkelingen ten aanzien van de inkoop van (forensische) zorg in beide kaders. Op deze wijze kunnen de zorgverzekeraars maar ook de Directie Forensische Zorg beter bepalen welke zorg ingekocht moet worden.

b. Financiering deels ontschotten

Voor zowel het ministerie van Veiligheid en Justitie als de zorgverzekeraars geldt dat zij op basis van eigen capaciteitsprognoses en behoeftestelling jaarlijks productieafspraken maken met zorgaanbieders. Een afstemming van inkoop(beleid) zoals hierboven geschetst, kan er naar verwachting toe bijdragen dat inkopers uit beide kaders kunnen komen tot een betere behoeftestelling en daarmee kunnen bijdragen aan continuïteit van zorg. Op het niveau van individuele zorgaanbieders zijn dergelijke afspraken echter niet altijd volmaakt omdat niet precies voorspeld kan worden hoeveel patiënten daadwerkelijk in elk kader zorg nodig hebben. Het kan zo zijn dat een patiënt bij een specifieke aanbieder in het ene kader niet (meer) geholpen kan worden omdat de grens van de ingekochte capaciteit bereikt is, terwijl er vanuit het andere kader nog capaciteit beschikbaar is.

Zowel binnen het strafrechtelijke kader als het civiele/vrijwillige kader zijn mogelijkheden voorhanden om lopende het jaar flexibel met de beschikbare capaciteit om te gaan, zodat niet gebruikte capaciteit elders ingezet kan worden en patiënten niet onnodig hoeven te wachten. De mogelijkheid om ook tussen enerzijds het strafrechtelijk kader en anderzijds het vrijwillig/civiel kader de beschikbare capaciteit flexibel in te zetten, bestaat echter nog niet, terwijl dit vanuit het optimaal benutten van de beschikbare capaciteit wel wenselijk is. De Directie Forensische Zorg gaat in gesprek met de zorgverzekeraars en de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Veiligheid en Justitie om te komen tot afspraken voor het flexibel inzetten van een deel van de budgettaire ruimte uit het Justitiële kader in de Zorgverzekeringswet en vice versa. Hierbij wordt gedacht aan een correctie per zorgaanbieder die jaarlijks opnieuw beoordeeld zal worden en niet aan het structureel overhevelen van middelen. Om dit in de praktijk vorm te geven, zullen we de Nederlandse Zorgautoriteit vragen om een beleidsregel te ontwikkelen die een dergelijke jaarlijkse correctie mogelijk maakt⁹. Hierbij moet een methode gevonden worden die rekening houdt met het huidige systeem van inkoop door het ministerie van Veiligheid en Justitie en de verzekeraars. We zullen de effecten van deze beleidsregel nauwlettend volgen en deze na een aantal jaar evalueren.

⁹ Gedacht worden kan hierbij aan een beleidsregel die op niveau van de zorgaanbieder een schuif mogelijk maakt tussen de budgetten vanuit de Dienst Justitiële Inrichtingen en de Zorgverzekeringswet, vergelijkbaar met de beleidsregel AL/BR-0009.

Om in een situatie met verschillende financiers te komen tot minder administratieve lasten verkennen we momenteel de mogelijkheden om een of enkele pilot(s) te faciliteren¹⁰. Deze administratieve lasten vloeien voor een groot deel voort uit verschillende eisen die de verschillende financiers stellen aan bijvoorbeeld (zorg)registratie, effectmeting of verwijsdocumenten. Doel van de mogelijke pilot(s) is dan ook om, binnen de kaders van het huidige stelsel, de administratieve lasten terug te dringen door de genoemde eisen die de financiers stellen beter te stroomlijnen. Het is noodzakelijk dat bij een dergelijke mogelijke pilot tenminste een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar betrokken zijn.

Tot slot is in het regeerakkoord afgesproken om in 2015 de langdurige geestelijke gezondheidszorg over te hevelen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten naar de Zorgverzekeringswet. Nu is het nog zo dat patiënten die langer dan een jaar zorg nodig hebben, na dat jaar overgaan van de Zorgverzekeringswet naar de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Met de overheveling naar de Zorgverzekeringswet wordt op termijn een ander schot in de financiering van de geestelijke gezondheidszorg weggenomen.

c. Opschorting zorgverzekering tijdens detentie

Tijdens detentie is de minister van Veiligheid en Justitie volledig verantwoordelijk voor de gezondheidszorg voor een gedetineerde. Daarom wordt de zorgverzekering van de betrokkene tijdens detentie opgeschort volgens artikel 24 Zorgverzekeringswet. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg geeft in zijn advies aan dat bij einde detentie continuïteitsproblemen kunnen ontstaan. De verzekerde is namelijk zelf verplicht dit aan de verzekeraar door te geven, maar doet dit in de praktijk veelal niet of onvoldoende. Als het einde van detentie niet op tijd wordt gemeld aan de zorgverzekeraar, loopt de patiënt het risico onverzekerd te zijn. Dit levert een belemmering op bij de overgang van forensische zorg naar reguliere zorg, aangezien een zorgverzekering hiervoor noodzakelijk is. De Dienst Justitiële Inrichtingen van het ministerie van Veiligheid en Justitie onderzoekt de mogelijkheden om deze continuïteitsproblematiek op te lossen en wil hierover met de zorgverzekeraars tot afspraken komen.

4.2 Stroomlijnen van werkprocessen in strafrechtelijk, civiel en vrijwillig kader

De Raad voor de Volksgezondheid en constateert dat er ook sprake is van verschillen in werkprocessen tussen het strafrechtelijke, het vrijwillige en civiele kader. Deze verschillen kunnen de continuïteit van zorg belemmeren. Ook in de gesprekken met het veld komen deze belemmeringen in het werkproces naar voren. Tegelijkertijd hebben professionals en organisaties vanuit de verschillende domeinen aangegeven bereid te zijn van elkaar te leren, naar elkaar toe te groeien en verschillen in taal en uitvoering te overbruggen. De expertise en kennis die hiervoor nodig is, ligt bij beroepsverenigingen, professionals en kennisinstituten. Daarnaast nemen de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Veiligheid en Justitie en het veld de volgende maatregelen om de knelpunten die te maken hebben met het verschil in werkprocessen tussen het strafrechtelijke en het civiele/vrijwillige kader op te lossen.

¹⁰ Dit betekent dat daar waar een mogelijk initiatief tegen belemmeringen aanloopt we zouden kunnen kijken of er een oplossing voor deze belemmeringen kan worden bedacht. Hiervoor zou bijvoorbeeld contact kunnen worden gelegd met specialisten bij de Nederlandse Zorgautoriteit, de Nederlandse Mededingingsautoriteit en het College voor Zorgverzekeringen.

a. Verbeteren informatie-uitwisseling

Informatie-uitwisseling tussen instellingen is onontbeerlijk, omdat geen enkele instelling of instantie afzonderlijk in staat is om adequate zorg te bieden vanwege het complexe en meervoudige karakter van de problematiek van de gezamenlijke doelgroep. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) constateert: »Er zijn veel verschillende instanties die hulp en ondersteuning bieden aan stelselmatige delictplegers, zowel in de zorg- als in de strafsector. Om effectieve, continue zorg te kunnen bieden moeten penitentiare instellingen en hulp- en zorgverleners op de hoogte zijn van elkaars werk: welke ondersteuning heeft de cliënt tot nu toe gehad en hoe gaat het nu (verder)?»¹¹. De huidige wet- en regelgeving biedt volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg voldoende mogelijkheden voor informatie-uitwisseling tussen het strafrechtelijke en het civiele/vrijwillige domein. Alleen blijkt dat er in de praktijk niet altijd voldoende kennis is over het vraagstuk welke informatie nu wel en niet mag worden uitgewisseld en onder welke voorwaarden. Om hierover meer duidelijkheid te geven heeft GGZ Nederland de «Handreiking Beroepsgeheim» ontwikkeld waarin wordt aangegeven hoe een zorgvuldige gegevensuitwisseling met inachtneming van het beroepsgeheim vorm gegeven kan worden. Ook heeft de Regieraad Kwaliteit van Zorg in haar «Richtlijn voor richtlijnen» omschreven hoe verantwoorde informatie-uitwisseling in de praktijk geborgd kan worden.

Het verder verbeteren van de informatie-uitwisseling binnen de gezondheidszorg, waaronder de geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg gebeurt in eerste instantie op lokaal en regionaal niveau. Er zijn veel goede ontwikkelingen op dit gebied. Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van generieke overdrachtsgegevens, die onlangs door de academische ziekenhuizen in samenwerking met het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz) is afgerond. De resulterende kernset van gegevens over de gezondheidstoestand van de patiënt is een instrument om tot een meer gestandaardiseerde gegevensuitwisseling tussen zorginstellingen te komen. Het is aan de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg het nut van dit instrument voor hun sector te onderzoeken en te kijken welke aanpassingen van de voorhanden kernset voor deze sector specifiek noodzakelijk zijn.

In het veld worden meer oplossingen gevonden om te komen tot betere informatie-uitwisseling. In september 2012 hebben de drie reclasseringsorganisaties en GGZ Nederland het convenant «ambulant forensisch psychiatrisch toezicht (fpt)» afgesloten¹². Een belangrijk onderdeel van het convenant vormt de driepartijen-overeenkomst tussen de geestelijke gezondheidszorg, de reclassering en de cliënt. Hierin is vastgelegd welke informatie over de cliënt tussen de partijen uitgewisseld kan worden, hoe dit proces werkt en wat de positie van de cliënt hierin is. Deze gegevensuitwisseling schept duidelijkheid voor de drie betrokken partijen en maakt het mogelijk zowel het toezicht als de behandeling/begeleiding effectiever in te vullen. De gegevensuitwisseling wordt ook in het wetsvoorstel Wet forensische zorg (artikel 2.6) geregeld.

Daarnaast is er in een aantal regio's, waaronder Amsterdam en Twente, concrete afspraken gemaakt over een brede informatie-uitwisseling binnen de gehele gezondheidszorg, inclusief geestelijke gezondheidszorg. Hierdoor wordt binnen deze regio's de informatie-uitwisseling tussen alle zorginstellingen al succesvol in de praktijk gebracht. Op landelijk niveau

¹¹ Inspectie voor de Gezondheidszorg (2010): «Staat van de gezondheidszorg 2010».

¹² In dit convenant wordt de samenwerking tussen de reclassering en de zorgaanbieder in het kader van een terbeschikkingstelling met voorwaarden geregeld.

onderhoudt het Nationaal ICT Instituut in de Zorg forums zoals de platform geestelijke gezondheidszorg of platform regio's, waarvan zorginstellingen gebruik kunnen maken om hierover in gesprek te gaan en kennis te delen. Het Nationaal ICT Instituut in de Zorg is bereid initiatieven op dit gebied te ondersteunen door middel van kennisoverdracht, verbinding leggen en/of faciliterend optreden. Om ook de verbinding te leggen met de forensische zorg gaat de Dienst Justitiële Inrichtingen binnenkort in gesprek met GGZ Nederland en het Nationaal ICT Instituut in de Zorg over de mogelijkheden om aan te sluiten bij de bestaande ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg op dit gebied.

b. Harmoniseren van rechtsposities

Een ander verbeterpunt in de aansluiting van zorg in strafrechtelijk, civiel of vrijwillig kader, is het verschil in rechtpositie van de patiënt. Zoals de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aangeeft dient de stoornis van de patiënt zoveel mogelijk het aangrijpingspunt te zijn voor zorg en niet de specifieke titel voor het verblijf. Dit laatste krijgt in de praktijk al gestalte doordat steeds meer patiënten in vrijwillig of civiel kader zorg krijgen in een forensische instelling als dit gelet op hun problematiek nodig en aangewezen is. Daardoor krijgen forensische klinieken en afdelingen steeds meer te maken met een combinatie van patiënten die onder verschillende rechtsposities vallen. Dit kan in de praktijk leiden tot moeilijk hanteerbare situaties. Ook patiënten die met dwang behandeld worden, kunnen te maken krijgen met verschillende regels op grond van verschillende rechtsposities. Om in het belang van het behandelklimaat mogelijke onwenselijke verschillen weg te kunnen nemen en de aansluiting, doorstroom en plaatsing te verbeteren, doet de organisatie «Zorg Onderzoek Nederland/Medische Wetenschappen» (ZonMW) in opdracht van de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Veiligheid en Justitie onderzoek naar de mogelijkheden van harmonisatie van de verschillende rechtsposities. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek zal worden gezien of het nodig is om de wetgeving aan te passen.

c. Indicatiestelling stroomlijnen

Naast deze verschillen in rechtsposities vindt ook de indicatiestelling in strafrechtelijk en civiel/vrijwillig kader op verschillende manieren plaats. Forensische zorg valt onder de verantwoordelijkheid van de minister van Veiligheid en Justitie en wordt meestal centraal geïndiceerd door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) of een van de drie reclasseringsorganisaties (3RO). De indicatie is doorgaans gebaseerd op de twee dimensies behandeling en beveiliging. Op basis van deze indicatie vindt vanuit regionale kantoren een centraal gestuurde plaatsing van de patiënt plaats. In civielrechtelijk kader wordt de indicatie decentraal opgesteld door de behandelend psychiater van de instelling waar de patiënt geplaatst zou worden. Hierbij staat vaak behandeling en zorgbehoefte voorop, beveiligingsoverwegingen spelen ook een rol, maar maken onderdeel uit van de passende behandeling. We achten het wenselijk dat de indicaties en goed op elkaar aansluiten, zodat bestaande indicaties zoveel mogelijk kunnen worden overgenomen. Daardoor kan de overgang van strafrechtelijk naar civiel/vrijwillig kader en vice versa gestroomlijnd worden en kunnen administratieve lasten en vertragingen die voortvloeien uit overbodige herindicaties vermeden worden. Om deze ontwikkeling te stimuleren, verkennen we momenteel in overleg met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) de mogelijkheden voor het faciliteren van een gezamenlijke werkgroep met experts vanuit beide organisaties.

d. Toelatingsvereisten voor civiele en/of vrijwillige zorg stroomlijnen

Wanneer zorg noodzakelijk is na einde van de strafrechtelijke titel, dan wordt deze zorg bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Op het moment van overgang van zorg binnen strafrechtelijk kader naar zorg in civiel/vrijwillig kader moet er voldaan worden aan de toelatingsvereisten in het kader van de Zorgverzekeringswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, te weten: een verwijzing door een (huis)arts (financiering vanuit de Zorgverzekeringswet) of een indicatie vanuit het Centrum indicatiestelling Zorg (financiering vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten).

Enkele instellingen hebben aangegeven dat het in de praktijk soms problematisch is een verwijsbrief vanuit de huisarts of een indicatie van het Centrum indicatiestelling Zorg op tijd te verkrijgen. Hierdoor zou in individuele gevallen een knelpunt voor continuïteit van de zorgverlening aan de patiënt kunnen ontstaan, vooral als er weinig tijd beschikbaar is voor de zorgaanbieder om de nieuwe financiering in civiel of vrijwillig kader te regelen.

In deze context is het belangrijk te wijzen op de al bestaande mogelijkheden in het kader van de huidige wetgeving. Om voor financiering vanuit de Zorgverzekeringswet in aanmerking te komen moet er inderdaad een verwijzing naar medisch-specialistische zorg zijn; deze verwijzing hoeft echter niet per se door de huisarts te zijn afgegeven, maar kan ook van een medisch specialist, waaronder de psychiater, afkomstig zijn¹³. Voorwaarde hiervoor is wel dat de zorgverzekeraar dit via zijn polisvoorwaarden toestaat. Dit is veelal het geval.

Als het gaat om financiering vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten moet het Centrum indicatiestelling Zorg binnen 6 weken na aanvraag een indicatiebesluit nemen. In situaties waarin sprake is van een onvoorzien einde van de strafrechtelijke titel, is het mogelijk gedurende twee weken zorg te verlenen zonder dat er een indicatiebesluit ligt. Dit wordt gefinancierd door het ministerie van VenJ. In deze gevallen dient het zorgkantoor vooraf toestemming te verlenen, waarna het Centrum indicatiestelling Zorg binnen 2 weken het indicatiebesluit neemt¹⁴. In situaties waarbij de continuïteit voor onze gezamenlijke doelgroep in het geding komt, kan van deze mogelijkheden gebruik gemaakt worden.

4.3 Integrale samenwerking

Patiënten uit onze gezamenlijke doelgroep (zie paragraaf 1) hebben vaak langdurig zorg en/of begeleiding nodig vanuit verschillende domeinen; ze hebben te maken met diverse problemen en veroorzaken ook problemen op verschillende gebieden. Om continuïteit van zorg en begeleiding voor deze mensen te kunnen realiseren, is een integrale aanpak van alle partners in de keten, waaronder instellingen, verzekeraars, VenJ als inkoper van forensische zorg en gemeenten, noodzakelijk. De rol van de gemeenten wordt, naast hun huidige verantwoordelijkheid op het gebied van zorg en begeleiding in kader van de Wet maatschappelijke onder-

¹³ Vgl. artikel 14, tweede lid, Zorgverzekeringswet: «De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.»

¹⁴ Vgl. artikel 16 Zorgindicatiebesluit: «Een zorgverzekeraar kan in situaties waarin onmiddellijke verlening van zorg als bedoeld in artikel 2 redelijkerwijs noodzakelijk is, besluiten dat een verzekerde zijn aanspraak op zorg gedurende ten hoogste twee weken tot gelding kan brengen, zonder dat hij beschikt over een indicatiebesluit, waaruit blijkt dat hij op zodanige zorg is aangewezen.» Voorwaarde hierbij is dat het zorgkantoor toestemming geeft.

steuning en openbare orde en veiligheid, in toekomst nog belangrijker als gevolg van de ambulantisering in de geestelijke gezondheidszorg¹⁵ en de decentralisatie van de extramurale begeleiding van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten naar de Wet maatschappelijke ondersteuning.

Er zijn in de afgelopen periode al veel goede initiatieven tot stand gekomen waarbij deze integrale samenwerking in praktijk gebracht wordt¹⁶. Voorbeelden hiervan zijn convenanten die zorgverzekeraars en gemeenten gesloten hebben over gezamenlijke inkoop op het gebied van preventie¹⁷, het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang¹⁸ en de Stedelijk Kompassen¹⁹, in het kader waarvan gemeenten met alle betrokken partijen met succes dakloosheid bestrijden, of de samenwerking in de Veiligheidshuizen²⁰.

Deze initiatieven en de gesprekken die we tot nu toe met veldpartijen hebben gevoerd, laten zien dat veel professionals, instellingen en andere veldpartijen nu al integraal samenwerken, informatie delen en werkprocessen onderling afstemmen.

Er zijn momenteel verschillende trajecten gaande die een bredere doelgroep kennen, maar gevolgen hebben voor onze gezamenlijke doelgroep. Voorbeelden hiervan zijn de uitwerking van de afspraken over ambulantisering en de groep patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening die zijn gemaakt in kader van het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013 – 2014 en de uitwerking van de afspraken uit het Regeerakkoord op het terrein van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De ambitie op gebied van ambulantisering vereist een nauwe, zoveel mogelijk integrale samenwerking tussen zorgpartijen en gemeenten en andere maatschappelijke organisaties. De inzet van de (Functie) Assertive Community Treatment ((F)ACT) aanpak (of een andere vorm van «outreaching» intensieve zorg, waarover in het veld grote consensus bestaat) geldt daarbij als een «best practice» als het gaat om veelal langdurige ambulante zorg en begeleiding aan patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening. Door inzet van dergelijke intensieve, ambulante zorgvormen kunnen mensen in zorg worden gehouden zolang dat nodig is en kan terugval na crisis worden voorkomen. Het ministerie van VenJ heeft de afgelopen periode dan ook zogenaamde «forensische (Functie) Assertive Community Treatment» zorg ingekocht zodat in een zo vroeg mogelijk stadium met deze specifieke vorm van zorg gestart kan worden.

¹⁵ In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013–2014 hebben het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en veldpartijen afgesproken de totale bedden capaciteit in de periode tot 2020 fors af te bouwen met een derde ten opzichte van 2008 en deze bedden te vervangen door middel van ambulante zorg.

¹⁶ Deze initiatieven kennen voor een deel een bredere doelgroep, maar een gezamenlijke, integrale aanpak is een centraal en gezamenlijk uitgangspunt van deze initiatieven.

¹⁷ Zie <http://www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/beleidscyclus/beleidsvoorbereiding/verschillende-partijen-betrekken/samenwerking-gemeente-zorgverzekeraars/>

¹⁸ Kamerstuk 29 325 Nr. 54

¹⁹ Trimbo (2011): «Monitor Stedelijk Kompas 2010. Plan van aanpak maatschappelijke opvang in 39 centrumgemeenten»

²⁰ Het Veiligheidshuis is een netwerksamenwerking tussen straf- zorgpartners en gemeenten, waarin zij onder eenduidige regie komen tot een ketenoverstijgende aanpak van complexe persoons-, systeem- en gebiedsgerichte problematiek om ernstige overlast en criminaliteit te bestrijden. Vanaf 2013 krijgen gemeenten de regie op de samenwerking in de Veiligheidshuizen. Begin 2013 wordt door de landelijke stakeholders een gezamenlijk kader gepresenteerd over de functie van de Veiligheidshuizen, voor welke problematiek zij een geschikt instrument is en welke inzet dat vraagt van de partners.

De integrale samenwerking tussen zorgpartijen en gemeenten en andere maatschappelijke organisaties geldt tevens voor de maatregelen die genomen zullen worden op het gebied van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Daarom zullen we er in het kader van deze trajecten op aandringen dat bovengenoemde integrale werkwijze verder geconcretiseerd wordt en dat hierover concrete afspraken met de betrokken veldpartijen tot stand komen.

Zoals eerder in deze brief geconstateerd, worden met de wetsvoorstellen Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet forensische zorg grote en belangrijke stappen gezet om de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening en de aansluiting tussen forensische zorg en (reguliere) geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. Op basis van de adviezen van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg worden aanvullende maatregelen genomen om deze aansluiting te verbeteren, zoals in deze brief verwoord. Hiertoe zijn niet alleen de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan zet. Ook voor partijen in het veld, waaronder de zorginstellingen, de zorgverzekeraars, koepelverenigingen en beroepsorganisaties, is een belangrijke rol weggelegd. Wij roepen de betrokken veldpartijen dan ook op om voortvarend bij te dragen aan de in deze brief verwoorde ambities.

De minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

De staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,
F. Teeven