



Ministerie van Justitie

Beleidskader plaatsing

Forensische Zorg

Datum	2010/2011
Status	Vastgesteld

Colofon

Afzendgegevens

Directoraat-Generaal Preventie, Jeugd en Sancties
Directie Sanctie- en Preventiebeleid

Schedeldoekshaven 100
2511 EX Den Haag
Postbus 20301
2500 EH Den Haag
Nederland
www.justitie.nl

Inhoud

Colofon 3

Inleiding

- 1 Achtergronden beleidskader plaatsing
 - 1.1 Doel beleidskader plaatsing
 - 1.2 Uitgangspunt :Wetsvoorstel FZ
 - 1.3 Achtergrond: strafrechtelijke titels
 - 1.4 Definities
 - 1.5 Randvoorwaarden
- 2 Inhoudelijke criteria plaatsing
 - 2.1 Passendheid
 - 2.2 Bereikbaarheid
 - 2.2.1 Bereikbaarheid klinische zorg
 - 2.2.2 Bereikbaarheid ambulante zorg/beschermd wonen
 - 2.2.3 Bereikbaarheid Gevangeniswezen
 - 2.3 Tijdigheid en intaketraject
 - 2.3.1 Tijdigheid: normering
 - 2.3.2 Intaketraject klinische zorg
 - 2.3.3 Intaketraject ambulante zorg / beschermd wonen
 - 2.3.4 Opnameplicht
 - 2.4 Optimale match
 - 2.4.1 Second best plaatsing en overbruggingszorg
 - 2.4.2 Verantwoordelijkheden matching
 - 2.4.3 Prioritering criteria
 - 2.4.4 Matching en overbrugging Gevangeniswezen
- 3 Plaatsingsproces
Plaatsingsproces: uitgangspunten en kwaliteitseisen
- 4 Rol- en verantwoordelijkheidsverdeling
- 5 Bijlage (clustering normen klinische opname)

Inleiding

Met de ontwikkeling en de invoering van een nieuw forensisch zorgstelsel, wordt de forensische zorg beter ingebed in de doeleinden van het strafrechtstelsel. De kaders van dit nieuwe stelsel zijn neergelegd in het wetsvoorstel forensische zorg.

Het stelsel komt tegemoet aan de kabinetsdoelstelling- *Veiligheid, stabiliteit en respect*- in haar beoogde bijdrage aan de daling van de recidive met 10% punt. Dit doel wordt bereikt door:

- I. Voldoende forensische zorg capaciteit.
- II. De juiste patiënt op de juiste plek.
- III. Kwalitatief goede zorg gericht op de veiligheid van de samenleving.
- IV. Goede aansluiting van de forensische en de curatieve zorg.

Onderdeel van het stelsel is de ontwikkeling van een uniforme werkwijze voor de plaatsing van justitiabelen met een forensische zorgbehoefte bij zorgaanbod, waardoor de plaatsing van de juiste patiënt op de juiste plek gerealiseerd wordt. Hiermee wordt de verkeerde bedden problematiek opgelost. De uniforme werkwijze zal leiden tot: Een optimale match tussen zorgvraag en zorgaanbod op individueel niveau voor justitiabelen met een forensische zorgbehoefte, gebaseerd op de gestelde indicatie.

Leeswijzer

In het eerste hoofdstuk wordt het doel van het beleidskader toegelicht, worden de relevante uitgangspunten uit het wetsvoorstel forensische zorg beschreven en zijn de definities ten aanzien van plaatsing en de randvoorwaarden voor het plaatsingskader geformuleerd. Het tweede hoofdstuk beschrijft de inhoudelijke criteria waaraan de plaatsing moet voldoen: passendheid, bereikbaarheid, tijdigheid en optimale match. De kwaliteitseisen aan het plaatsingsproces wordt toegelicht in hoofdstuk drie, waarna in hoofdstuk vier de rol- en verantwoordelijkheidsverdeling staat beschreven.

1. Achtergronden beleidskader plaatsing

1.1 Doel beleidskader plaatsing

In het beleidskader worden de uitgangspunten van de wet forensische zorg en de Memorie van Toelichting nader ingevuld. Met het beleidskader wordt vastgelegd welke overwegingen tijdens het proces van plaatsing worden gemaakt. Dat dient op objectieve wijze te gebeuren op basis van herleidbare criteria en procedures onder de verantwoordelijkheid van DForZo en met een duidelijke verdeling van rollen ten opzichte van andere organisaties. Door het beleidskader wordt duidelijkheid en transparantie gecreëerd voor de betrokken partijen en wordt het mogelijk tot een optimale match te komen op individueel niveau.

Het beleidskader bestaat uit de criteria waaraan de plaatsing 1) inhoudelijk en 2) procesmatig moeten voldoen. Daarnaast zijn de processtappen beschreven en is een heldere rol- en verantwoordelijkheidsverdeling ten aanzien van de plaatsing opgenomen. Deze kaders worden periodiek geëvalueerd en zijn hiermee aan verandering onderhevig. Er is daardoor geen sprake van een statisch beleid.

1.2 Uitgangspunt: Wetsvoorstel FZ

Het wetsvoorstel forensische zorg is het uitgangspunt voor het beleidskader plaatsing forensische zorg. Onderstaand worden de passages over plaatsing kort toegelicht:

Juiste patiënt op juiste plek

Het nieuwe stelsel heeft onder meer als doel de juiste patiënt op het juiste plek te krijgen. Zorg passend bij de stoornis van de justitiabele is essentieel voor het welslagen van de behandeling en dus vermindering van de recidive. Daarom is de adequate toeleiding naar juiste forensische zorg één van de pijlers van het nieuwe stelsel (Memorie van Toelichting).

In het wetsvoorstel is nader bepaald dat het zorgaanbod waar de patiënt geplaatst wordt aansluit op de indicatiestelling (zorg- en beveiligingsbehoefte) en bij de plaatsing rekening wordt gehouden met de specifieke problematiek van de forensische patiënt.

Artikel 6.1

1. De plaatsing van forensische patiënten bij een zorgaanbieder geschiedt door of vanwege Onze Minister, op basis van een gedagtekend besluit. Onze Minister neemt het besluit bedoeld in de eerste volzin slechts nadat hij zich een indicatie heeft doen overleggen.

Artikel 6.2

1. Bij de plaatsing bedoeld in artikel 6.1, eerste lid, worden in ieder geval in de overwegingen betrokken:

- a. de eisen die de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de forensische patiënt voor de veiligheid van anderen dan de forensische patiënt of de algemene veiligheid van personen of goederen stelt;
- b. de eisen die de behandeling van de forensische patiënt gezien de aard van de bij hem geconstateerde psychische stoornis of verstandelijke beperking stelt.

Memorie van Toelichting:

Het contract met de zorgaanbieders, de justitiële titel, de diagnose en de indicatie, vormen de basis voor de plaatsing. De plaatsing geschiedt onder verantwoordelijkheid van de Directie Forensische Zorg. Per 1 januari 2008 ligt de eindverantwoordelijkheid voor de plaatsing van mensen met een strafrechtelijke titel die geestelijke gezondheidszorg (waaronder verslavingszorg) of verstandelijk gehandicaptenzorg behoeven, bij de Minister van Justitie. De nieuw gevormde Directie Forensische Zorg (DForZo) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), oefent deze bevoegdheid namens de Minister van Justitie uit.

De algemene plaatsingbevoegdheid van de Minister van Justitie krijgt een plek in artikel 6.1, eerste lid. In het tweede lid van dit artikel is vastgelegd dat bij de private instellingen, de contracten moeten voorzien in de verlening van zorg aan de categorie van forensische patiënten waar de te plaatsen forensische patiënt onder valt. Er wordt niet geplaatst als er geen contractsrelatie met de zorgaanbieder bestaat. Teneinde een voortvarende aanpak van de behandeling te bewerkstelligen is vastgelegd (derde lid) dat de Minister van Justitie zo spoedig mogelijk een advies geeft over de uitspraak of de beslissing, de eventuele gestelde voorwaarden en de wijze waarop het toezicht op de forensische patiënt moet worden uitgeoefend. Om de opname, als ultimum remedium, te kunnen afdwingen is een boetebepaling opgenomen. De Minister van Justitie kan een boete opleggen, indien de instelling niet aan de verplichting tot opname en behandeling voldoet.

Artikel 6.1

1. De plaatsing van forensische patiënten bij een zorgaanbieder geschiedt door of vanwege Onze Minister, op basis van een gedagtekend besluit. Onze Minister neemt het besluit bedoeld in de eerste volzin slechts nadat hij zich een indicatie heeft doen overleggen.
2. Onze Minister informeert de zorgaanbieder schriftelijk en onverwijld na de beslissing bedoeld in het eerste lid, over de uit te voeren uitspraak of beslissing, de eventuele gestelde voorwaarden en de wijze waarop het toezicht wordt vormgegeven.
3. Na plaatsing van de forensische patiënt is de zorgaanbieder verplicht om de geïndiceerde zorg en beveiliging te bieden. De instelling is verplicht de forensische patiënt op te nemen en te behandelen.
4. Onze Minister kan de zorgaanbieder een bestuurlijke boete opleggen, indien de zorgaanbieder niet voldoet aan de verplichting tot opname en behandeling bedoeld in het derde lid.

In artikel 6.1 lid 1 en 2 is de eis van het plaatsingsbesluit opgenomen. Door het gebruik van een plaatsingsbesluit wordt het resultaat van het plaatsingsproces uniform gemaakt en krijgt de plaatsing een juridische basis.

Eén van de doelstellingen van dit wetsvoorstel is de uniformering van het plaatsingsbeleid. Groot belang wordt gehecht aan een inzichtelijk en efficiënt plaatsingsproces. Met het wetsvoorstel wordt beoogd een betere doorstroom te realiseren van forensische patiënten met een strafrechtelijke titel binnen de forensische zorg. (MvT)

1.3 Achtergrond: strafrechtelijke titels

Overzicht 21 strafrechtelijke titels:

1. Niet toerekeningsvatbaar (art. 37 lid 1 Sr)
2. TBS met dwangverpleging (art. 37a Sr)
3. Overplaatsing vanuit TBS-kliniek (art. 14 Bvt)
4. Plaatsing ter observatie (art. 13 Bvt)
5. TBS met proefverlof (art. 51 Bvt)
6. Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (art. 38g Sr)
7. TBS met voorwaarden (art. 38a Sr)
8. Voorwaardelijke veroordeling (art. 14a Sr)
9. Sepot met voorwaarden (art. 167/ 244 lid 3 Sv)
10. Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden (art. 80 Sv)
11. Voorwaardelijke gratieverlening (art. 13 Gratiwet jo. 558 Sv)
12. Plaatsing t.b.v. pro-justitia rapportage (art. 196/ 317 Sv)
13. Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis van een gedetineerde met toepassing van artikel 15 lid 5 van de Pbw 7
14. Overbrenging van een gedetineerde op basis van artikel 43 lid 3 van de Pbw 8
15. ISD met voorwaarden (art. 38p lid 5 Sr)
16. ISD (art. 38 m Sr)
17. Penitentiair programma met zorg (art. 15 lid 2 Pbw)
18. Interne overplaatsing op zorgafdeling in het gevangeniswezen
19. Poliklinische verrichtingen door GGZ in het gevangeniswezen
20. Voorwaardelijke Invrijheidsstelling met bijzondere voorwaarden (art. 15a Sr)
21. Strafbeschikking met aanwijzingen (art. 257a lid 3 Sv)

Daarnaast is er een 22^e forensische zorg titel, welke een bekostigingsgrondslag is. Dat is een voorgenomen indicatiestelling (voor ambulante zorg).

1.4 Definities

Forensische zorg: Zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, die

- 1°. wordt verleend in verband met een psychische stoornis, verslaving of geestelijke beperking,
- 2°. is aan te merken als een interventie bestaande uit een vorm van verzorging, bejegening, behandeling, waaronder mede begrepen opname, begeleiding, waaronder mede begrepen verblijf, of beveiliging, en
- 3°. al dan niet als een voorwaarde, onderdeel uitmaakt van een straf, een maatregel, of van de ten uitvoerlegging van een straf of maatregel, met uitzondering van een straf of maatregel bedoeld in Titel VIII A van het Wetboek van Strafrecht; (artikel 1.1_1b WFZ):

Klinische zorg: Zorg die binnen de muren van een instelling verleend wordt (intramuraal). De patiënt wordt opgenomen in de instelling (en zal hier ook meerdere nachten verblijven).

Ambulante zorg: Zorg die niet in een instelling verleend wordt. Er vindt geen opname plaats, de patiënt verplaatst zich naar de zorgaanbieder voor de behandeling. Andersom is ook een mogelijkheid, de zorgaanbieder verplaatst zich dan naar de patiënt voor de behandeling (bijvoorbeeld hiervan is ambulante behandeling in de PI).

Plaatsingsproces: Proces dat start na het afgeven van een indicatie forensische zorg door de bevoegde indicatiesteller en dat eindigt met de start van de zorg na het afgeven van een plaatsingsbesluit aan de zorgaanbieder.

Indicatiestelling: Een met redenen omkleed, gedagtekend en ondertekend rapport van deskundigen, opgesteld op basis van onderzoek van de verdachte, veroordeelde of gedetineerde, waarin de forensische zorgbehoefte en het noodzakelijke beveiligingsniveau is opgenomen (artikel 1.1_1d WFZ).

Zorgtoeleiding: onderdeel van het plaatsingsproces omvat het bezorgen van de patiënt bij een zorgaanbieder.

Matching: onderdeel van het plaatsingsproces. Het combineren van zorgvraag en zorgaanbod op basis van de indicatie, aan de hand van vastgestelde harde en zachte criteria en beargmenteerde overwegingen door de plaatser.

Plaatsingsbesluit: Een gedagtekend besluit door of vanwege Onze Minister, op basis waarvan de plaatsing van forensische patiënten bij een zorgaanbieder geschiedt. (artikel 6.1_1 WFZ)

Reclassering: met de reclassering wordt bedoeld de drie reclasseringsorganisaties: het leger des heils, jeugdzorg en reclassering, de stichting verslavingsreclassering ggz en reclassering Nederland.

Optimale Match: de plaatsing voldoet aan alle vastgestelde criteria in het beleidskader

Second Best plaatsing: een optimale match is niet mogelijk, de zorgaanbieder van tweede keuze wordt gekozen om patiënt definitief te plaatsen.

Overbruggingszorg: een optimale match is niet tijdelijk mogelijk, een andere zorgaanbieder wordt gekozen om patiënt tijdelijk te plaatsen.

1.5 Randvoorwaarden

Het plaatsingsbeleid is gebonden aan een aantal randvoorwaarden:

- Er kan slechts worden gekomen tot een optimale match, wanneer het zorgaanbod voldoende inzichtelijk is gemaakt.
- Er kan slechts worden gekomen tot een optimale match, wanneer de relevante informatie voor de plaatsende instantie beschikbaar wordt, zoals inzicht in de wachtlijsten van de zorgaanbieder.
- Het efficiënt inrichten van het totale plaatsingsproces draagt bij aan de tijdigheid van de zorg. De keten van het plaatsingsproces wordt onderzocht en aangepast.

2 Inhoudelijke criteria plaatsing

Aan de plaatsing worden verschillende eisen gesteld. De plaatsing moet inhoudelijk aan de volgende criteria voldoen, om te kunnen spreken van een succesvolle plaatsing: passend, tijdig en bereikbaar.

2.1. Passendheid

Het nieuwe stelsel heeft onder meer als doel de juiste patiënt op het juiste plek te krijgen, hiervoor is een bij de zorgvraag passende zorg en een passend beveiligingsniveau van groot belang. Zoals reeds benoemd in de visie op plaatsing en het programma van eisen (DForZo) is passende zorg een van de belangrijkste kernprincipes bij het plaatsen.

Harde Criteria

Uit de indicatiestelling komt een aantal 'harde' criteria voort die de plaatser moet meenemen in zijn match. De indicatiestelling is daarmee leidend. De in het format 'indicatiestelling klinische zorg' opgenomen criteria voor matching (matching: "JA") zijn de harde criteria voor de plaatsingskeuze.

Voor klinische zorg gelden onderstaande criteria:

- Geslacht patiënt
- Locatie (arrondissement)
- DB(B)C-Hoofdgroep
 - Stoornissen in de kindertijd
 - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
 - Problemen in verband met misbruik of verwaarlozing
 - Restgroep diagnoses
 - Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen
 - Stoornissen in de impulsbeheersing
 - Aan een middel gebonden stoornissen
 - Persoonlijkheidsstoornissen
- Verstandelijke vermogens patiënt (indien bekend)
- Verslaving evt. in combinatie met bijkomende problematiek (AS I/AS II)
- Wel/geen zedenproblematiek aanwezig bij patiënt (indien bekend)
- Klinisch/beschermd wonen/ambulant
- Diagnostiek/verblijf zonder behandeling/behandeling
- Verblijfssoort (combinatie beveiligingsniveau en verblijfsintensiteit)

Voor plaatsingen naar ambulante zorg of beschermd wonen geldt:

- Geslacht patiënt
- Locatie (arrondissement)
- Dominante zorgvraag
- Bijkomende problematiek
 - o Verstandelijke vermogens patiënt
 - o Verslaving
 - o Psychiatrie

- aard huidige delict
- diagnostiek, Beschermd Wonen (licht/intensief), Begeleiding en behandeling, Dagbesteding.
- Outreachende zorg/ bemoeizorg (ACT).

Ten aanzien van de harde criteria zullen door de Directie Forensische Zorg afspraken gemaakt worden met zorgaanbieders. Deze criteria zullen ook in Ifzo worden opgenomen. De matching op basis van harde criteria leidt tot een prioritering van de zorgaanbieders.

Zachte criteria

Naast deze harde criteria neemt de plaatser 'zachte' criteria mee in zijn overwegingen om de passendheid van zorg te bepalen. Deze zachte criteria behelzen:

- Duur van de titel en het vervolgtraject; De duur van de titel kan invloed hebben op de keuze voor het zorgaanbod. De plaatser houdt hiermee rekening: het zorgprogramma kan worden doorlopen binnen de termijn van de titel, of de zorg kan doorgaan na het eindigen van de titel (continuïteit van zorg). Bij dit vervolgtraject na einde titel kan het ene zorgaanbod beter passen dan het ander. Zo is het bv. een voordeel als het vervolgtraject door dezelfde zorgaanbieder kan worden verzorgd, of door een zorgaanbieder in de nabijheid.
- Behandelprogramma; Om tot de optimale match te komen heeft de plaatser inzicht nodig in de kenmerken/specificaties van de verschillende behandelprogramma's en contracten die Justitie heeft afgesloten, om deze informatie zodoende mee te nemen in de keuze. Hiervoor geldt dat het zorgaanbod nog nader gespecificeerd moet worden voor de plaatser (op termijn zal dat moeten worden opgenomen in IFZO).
- Leefgebieden uit Risc/criminogene factoren¹; Bij de ambulante trajecten worden deze factoren meegenomen in de afweging voor de plaatsing. Er wordt nog nader bepaald in hoeverre deze factoren als harde criteria worden opgenomen in de indicatiestelling of dat de problemen die voortvloeien uit de criminogene factoren meewegen in de zachte criteria.
- Eerdere behandelervaringen; Het is goed mogelijk dat de patiënt eerdere ervaringen heeft met een zorgaanbieder of een zorgprogramma. Deze ervaringen kunnen zowel positief als negatief zijn. In de indicatiestelling worden eerdere behandel poging en ervaring opgenomen als vrij tekstveld. Hiermee wordt door de plaatser rekening gehouden in zijn afweging. De plaatser kan op deze wijze dan ook rekening houden met de wens van de patiënt op dit punt.
- Cultuur/identiteit van patiënt; De plaatser kan rekening houden met de identiteit of geloofsovertuiging van de patiënt bij de keuze voor een zorginstelling/programma.

¹ Alleen bij ambulant

- Behandelmilieu zorgaanbieder; De plaatser kan rekening houden met het behandelmilieu van een zorginstelling/programma. Zo kan een zorginstelling waar structuur centraal staat beter passen bij de ene patiënt en minder goed bij een andere patiënt.
- Motivatie patiënt; Bij voorwaardelijke sancties is de motivatie van de patiënt een vereiste. Het gaat er in de kern om of een verdachte de voorwaardelijke sanctie wil ondergaan. De plaatser probeert rekening met de motivatie te houden van de patiënt in de keuze van een kliniek en maakt afspraken met de kliniek als twijfel over de motivatie bestaat. Motivatie van de patiënt kan ook een onderdeel van de behandeling zijn.
- Somatische aandoening en fysieke beperkingen patiënt (bijv. NAH, auditieve/visuele beperking, rolstoel); De keuze voor de instelling kan mede bepaald worden door de aanwezigheid van bepaalde voorzieningen.
- Wensen zorgaanbieder; De zorgaanbieder kan specifieke wensen ten aanzien van bepaalde specialisaties kenbaar maken. Indien overeenstemming met DForZo is bereikt kan de zorgaanbieder zich hierop beroepen wanneer het geval zich voor doet. Zo kan een patiënt wegens overwegingen van veiligheid niet passen binnen de groep.
- Bijzondere omstandigheden;
 - o Het kan voorkomen dat een slachtoffer of mededader verblijft in de zorginstelling van voorkeur.
 - o Ook de nabijheid van de zorginstelling bij het woon-, werk- of leefadres van het slachtoffer van justitiabele weegt mee in het al dan niet plaatsen van patiënt bij zorginstelling van voorkeur.

Concluderend: de match moet voldoen aan de harde criteria en de plaatser neemt in zijn overweging zachte criteria mee. De plaatser maakt inzichtelijk welke criteria een grote(re) rol heeft gespeeld bij het bepalen van de passendheid van de zorg en waarom, teneinde een transparant en toetsbaar proces te krijgen.

2.2 Bereikbaarheid

Voor de effectiviteit van de zorg kan de locatie/bereikbaarheid van die zorg van groot belang zijn. Zo is nabijheid in veel gevallen wenselijk, maar kan het uit de sociale omgeving halen van de patiënt in het belang van een justitiabele of de maatschappij zijn. Het al dan niet weghalen uit de sociale omgeving wordt opgenomen in de indicatiestelling en deze informatie vormt uitgangspunt voor de plaatsing.

Voor alle zorgvormen is regionaal plaatsen het uitgangspunt. Bereikbaarheid speelt een steeds grotere rol bij de afweging bij plaatsing naarmate het beveiligingsniveau omlaag gaat. Bij klinisch speelt het een kleine rol (bij FPK zelfs marginaal), bij GW idem. Voor

ambulante trajecten en begeleid wonen geldt dat het zeer in de nabijheid van zijn sociale omgeving dient te zijn.

2.2.1 Bereikbaarheid klinische zorg

De bereikbaarheid van de zorg is bij de klinische trajecten minder relevant. De zorgvraag (passendheid zorg) is uitgangspunt en gaat voor bereikbaarheid. De bereikbaarheid is wel van belang voor het voor- en natraject van de zorg.

Wat zijn de uitgangspunten bij de te maken afweging:

- Instellingen met een hoog beveiligingsniveau (FPK's) hebben een landelijke functie en bereikbaarheid speelt hierin een marginale rol. Patiënten worden in beginsel geplaatst in eigen hofressort. Bij gebrek aan plaatsingsmogelijkheden kan naar een aangrenzend hofressort uitgeweken worden.
- Voor de instellingen met een gemiddeld beveiligingsniveau (FPA's) speelt bereikbaarheid een grotere rol. Bij de match wordt rekening gehouden met de locatie van de instelling en geldt het regionaal plaatsen als uitgangspunt: Plaatsing gebeurt zo dichtbij woonplaats als mogelijk of binnen het ressort. Wanneer dit niet mogelijk is, wordt in eerste instantie gekeken naar aanbod binnen het aangrenzende ressort.
- Wanneer er geen woonplaats bekend is, wordt als plaatsingsregio als regio aangehouden waarmee de patiënt de meeste binding heeft.

2.2.2 Bereikbaarheid ambulante zorg/beschermd wonen

Voor de ambulante trajecten is bereikbaarheid van zeer groot belang. De groep patiënten die het betreft behelst een kwetsbare doelgroep met beperkte financiële middelen. Om de kwetsbaarheid te ondersteunen is het belangrijk dat de reïntegratie van de patiënt mogelijk is en dus in de buurt van zijn sociale omgeving dient te blijven. Plaatsen bij zorgaanbod 'in de buurt' vergroot de slagingskans van de behandeling. Ook wordt de patiënt dan zo min mogelijk gehinderd door obstakels die de behandeling in de weg kunnen staan of de drop-out kans kunnen vergroten. De 'buurt' is bekend voor de patiënt en lange reistijden en (hoge) reiskosten worden voor de patiënt voorkomen.

Als maatstaf voor bereikbaarheid wordt de reistijd gehanteerd (niet afstand). Dit komt mede omdat de tijdsinvestering de mate van drop-out bepaald en daarnaast het openbaar vervoer vaker gebruikt wordt door patiënten (waarbij afstand en reistijd nogal kunnen afwijken).

Wat zijn de uitgangspunten bij de te maken afweging:

- De patiënt wordt geplaatst binnen het arrondissement waar de zaak van de onder de Rechtbank is.
- Daarbinnen wordt onderstaande nadere specificatie gehanteerd:
 - ambulante dagbehandeling: max 30-45 minuten reistijd.
 - ambulante behandeling (één of enkele malen per week) max. 1 uur.
 - beschermd wonen: in het arrondissement.
- Het is mogelijk dat er moet worden afgeweken van het arrondissement:
 - contra-indicatie; cliënt moet uit huidige sociale omgeving gehaald worden
 - contra-indicatie; cliënt heeft positieve ervaring met eerdere zorgplek, cliënt moet/wil naar andere sociale omgeving om moverende redenen.
- Indien de gewenste bereikbaarheid niet kan worden gehaald: iets inleveren op de bereikbaarheid (goede inschatting van mogelijkheden door plaatser nodig)

2.2.3 Bereikbaarheid Gevangeniswezen

Het uitgangspunt binnen het gevangeniswezen, in lijn met Modernisering GW, is het plaatsen binnen de eigen regio. Een persoonsgerichte benadering van de gedetineerden en dus vergroting van de reïntegratie mogelijkheden en verruiming van de mogelijkheden tot bezoek passen daarin. Ervan uitgaande dat een patiënt al zoveel mogelijk in zijn regio is geplaatst is het daarmee logisch om in dezelfde regio te zoeken naar behandelaanbod. Bovenstaande algemene toelichting op de criteria bereikbaarheid klinisch en ambulant zijn daarbinnen op dezelfde manier van toepassing op plaatsingen vanuit het GW.

Bij uitplaatsingen naar de GGZ speelt bereikbaarheid in principe een marginale rol net zoals voor FPK's. Met zorgaanbieders zijn daarbij specifieke contracten afgesloten voor deze patiënten. Bijvoorbeeld: een gedetineerde uit Friesland zou geprioriteerd naar Lentis uit Groningen kunnen in plaats van GGZ Friesland.

2.3 Tijdigheid en intake-traject

Bij tijdigheid wordt bedoeld op de gewenste termijn waarbinnen de zorg start. Voor de effectiviteit en slagingskans van de zorg is het van groot belang dat tijdig wordt gestart met de zorg. De patiënt komt ook niet 'op straat te staan' wanneer de zorg tijdig beschikbaar is. Bij de plaatsing wil je daarom weten of een instelling waar je een justitiabele naar toe wilt leiden capaciteit beschikbaar heeft en binnen welke termijn de zorg kan starten. Het gaat bij capaciteit zowel om de fysieke beschikbare capaciteit als de beschikbare capaciteit op basis van het afgesloten contract.

De rechter vraagt vaak als voorwaarde bij de ten uitvoerlegging om plaatsing binnen een bepaalde termijn en wil dus vaak weten of de benodigde zorg ook beschikbaar is. De rechter moet er in de gewenste situatie op kunnen vertrouwen dat de patiënt tijdig geplaatst kan worden bij passend aanbod. De rechter hoeft dan niet in het vonnis op te nemen waar de patiënt geplaatst moet worden en slechts aan te geven of het klinisch, ambulant en/of begeleid wonen betreft. Hierin moet het nieuwe stelsel in voorzien. Dit kan worden gerealiseerd door het opstellen van normen en het transparant maken van het plaatsingsproces.

In de visie op plaatsing (van DForZo) is opgenomen: Voor de duur van de wachttijd tussen het afgeven van het plaatsingsbesluit en de start van de zorg geldt dat deze zo kort mogelijk is. Daarbij worden normen opgesteld voor de maximale wachtduur. Deze worden op maat gesneden, gespecificeerd naar strafrechtelijke titel, beveiligingsnoodzaak en de mate van acuitheid.

2.3.1 Tijdigheid: Normering

Uitgangspunt bij tijdigheid is directe plaatsing vanuit detentie/voorlopige hechtenis of na vonnis (onvoorwaardelijke sancties). Mocht directe plaatsing niet mogelijk zijn dan moet de patiënt binnen een bepaalde maximale periode geplaatst kunnen worden (maximale wachttijd). Bij de voorwaardelijke kaders moet de zorg altijd aansluiten op detentie.

Onder de maximale wachttijd wordt verstaan: de periode tussen het eerste contactmoment in het kader van de plaatsing met de zorgaanbieder (na de indicatiestelling) en de start van de behandeling. Ten aanzien van deze maximale wachttijd zijn normen opgesteld. Bij de normstelling is de strafrechtelijke titel leidend en wordt rekening gehouden met de zorgsoort en met reguliere dan wel crisis/versnelde procedures. De gewenste toekomstige situatie is het uitgangspunt geweest.

In bijlage is een overzicht opgenomen van normen naar strafrechtelijke titel.

Het is complex voor de zorgaanbieders om aan te geven wanneer precies kan worden gestart met de behandeling (klinische zorg). Deze informatie is voor de plaatser wel essentieel om een keuze te kunnen maken en om eventueel over te gaan tot een second best plaatsing of overbruggingszorg. De aanbieder moet aangeven wanneer de verwachte opnamedatum is. Er zal worden gewerkt met een bandbreedte tussen de verwachte opnamedatum en de daadwerkelijk gerealiseerde opnamedatum, als prestatie-indicator. Hierop zal gemonitord worden in het automatiseringssysteem.

Bij de ambulante zorgaanbieders is er nauwelijks wachtlijstproblematiek. De zorg start onmiddellijk. Het intake-traject en het zorgtraject lopen in de praktijk parallel aan elkaar. Er wordt gestart met de zorg, hoewel de intake nog moet worden uitgevoerd. Dit is mogelijk omdat slechts in enkele gevallen sprake is van een mismatch (ongeveer 3-5%) en de patiënt dus slechts in uitzondering bij een andere aanbieder geplaatst moet worden. Met de komst van IFZO zal dit percentage nog lager worden.

2.3.2 Intake-traject klinische zorg

Zorgaanbieders hebben de mogelijkheid om een intakegesprek te houden met de patiënt. De intake is niet bedoeld om de indicatiestelling te toetsen. Wanneer er echter geen sprake is van een optimale match (maar second best), kan een meer inhoudelijke toets ten aanzien van de plaatsing plaatsvinden. De intake wordt verder gebruikt als eerste behandelcontact. Ten eerste om kennis te maken met de patiënt om te kunnen bepalen op welke afdeling/in welke groep de patiënt het beste zou passen. Daarnaast levert het de gelegenheid de behandelmotivatie te bespreken, afspraken met de patiënt te maken en voorlichting te geven over bijv. de instelling, de behandeling en het vrijhedenbeleid. De intake kan een eerste aanzet zijn voor het behandelplan en het te volgen behandeltraject. Op basis van de intake kan de zorgaanbieder bepalen hoe lang de wachttijd is tot de patiënt opgenomen kan worden of dat overbruggingszorg of andere zorg nodig is. Bij voorwaardelijke straffen moet de zorgaanbieder invulling geven aan deze voorwaarden. Zij gaat hierover in gesprek met de patiënt tijdens de intake. Verder heeft de aanbieder de vrijheid de intake verder in te vullen en vorm te geven.

Voor de intake wordt de volgende normering aangehouden, waarbij zoveel mogelijk rekening is gehouden met het totale proces van 13 weken (aanhouding – zitting):

Norm: De intake vindt zo spoedig mogelijk plaats, maar er is uiterlijk binnen 15 werkdagen een intake uitgevoerd, duidelijkheid (een besluit) over de opname (wel of niet, en welke soort zorg) en over de verwachte opnamedatum, tenzij de zittingsdatum eerder ligt. Mocht dit het geval zijn, dan zullen partijen zich inspannen om de intake voor die datum te laten plaatsvinden. Voor TBS met dwang is van toepassing dat binnen 30 werkdagen de patiënt moet zijn opgenomen.

2.3.3 Intake-traject ambulante zorg/beschermd wonen

Voor de ambulante trajecten ligt de nadruk bij de intake op de inhoudelijke zorgvraag, mede door de grote diversiteit aan mogelijkheden (zorgmodules). Er wordt een zorgindicatie gedaan voor het behandeltraject. (Dat is geen herindicatie, maar nodig voor het verdere behandeltraject.) Hoewel de behandeling en de intake

verschillende (opeenvolgende) trajecten zijn, starten deze in de praktijk veelal gelijktijdig. Er vind zoveel mogelijk een snelle 1^e screening plaats om een mismatch te bepalen.

Norm: Intake vindt zo spoedig mogelijk plaats, uiterlijk na 6-8 weken start de behandeling. Bij zorgaanbieders bestaan verschillende procedures t.a.v. de intake. De termijnen liggen tussen: 4-6 weken uitvoering intake. Het lijkt wel haalbaar om binnen twee weken aan te geven (op basis van dossier onderzoek) of de ambulante behandeling mogelijk is, zodat de officier dat kan meenemen in zijn vordering bij zaken in voorarrest of schorsing. Als norm wordt gesteld: binnen 2 weken is duidelijk of een ambulante traject mogelijk is.

Bij Begeleid wonen kan een intake vrij snel plaats vinden, doch binnen 2 á 3 weken kan dit zeker geschieden.

2.3.4 Opnameplicht

In de wet FZ is een opnameplicht opgenomen voor de zorgaanbieders. De opnameplicht moet worden gezien als een stok achter de deur in 'noodsituaties'. De opnameplicht wordt gerelateerd aan de afspraken met DForZo inkoop; bv specificaties van het zorgaanbod die zijn opgenomen in het contract. De weigering van patiënten is mogelijk indien het niet past binnen de plaatsingsafspraken en legitieme redenen (mededader aanwezig).

Bij de ambulante trajecten wordt gesproken van behandelplicht.

2.3.5 Afwijzingsgronden

Een aantal gronden zijn gedefinieerd als legitieme redenen van een zorgaanbieder om geen zorg te bieden aan een voorgedragen justitiabele. Deze redenen zijn onder te verdelen in drie hoofdgroepen. De hoofdgroepen en toelichting zijn hieronder opgenomen.

Afwijzing hoofdgroepen:

1. betwisten indicatiestelling
2. zachte criteria
3. past niet binnen capaciteit

Ad 1

- Zorgaanbieder oneens met inschatting verblijfssoort
- Zorgaanbieder oneens met inschatting problematiek

Ad 2

- Duur van de titel/vervolgtraject
- Behandelprogramma
- Criminogene factoren
- Eerdere behandelervaringen
- Cultuur/identiteit
- Behandelmilieu zorgaanbieder
- Motivatie justitiabele

- Somatische aandoening en fysieke beperkingen justitiabele
- Slachtoffer in nabijheid zorgaanbieder
- Bijzondere omstandigheden

Ad 3

- Zorgaanbieder heeft te lange wachtlijst
- Zorgaanbieder heeft geen plek vanwege productieafspraken
- Zorgaanbieder heeft specifieke plaatsingsafspraken in contract (zedes etc, zie matrix)

Daarnaast zijn een aantal redenen die niet legitiem worden geacht om een patiënt af te wijzen voor opname of bieden van zorg.

- Justitiabele komt niet uit de regio van de zorgaanbieder
- Justitiabele is illegaal
- Justitiabele heeft geen identiteitsbewijs
- Justitiabele is niet gemotiveerd voor behandeling
- Justitiabele ontkent het indexdelict
- Het juridisch kader/ de duur van de maatregel biedt geen mogelijkheden voor behandeling.

2.4 Optimale match

Een uniforme werkwijze t.a.v. plaatsing moet leiden tot een optimale match. Onder deze optimale match verstaan we het voldoen aan de aan plaatsing gestelde eisen: Er wordt voldaan aan 1) de harde criteria vanuit de indicatiestelling (zie bijlage), 2) het criterium tijdig en 3) het criterium bereikbaar (zie bijlage). Deze overweging wordt verfijnd door 4) de aanvullende zachte criteria van passendheid (zie bijlage) mee te nemen in de overweging.

Met het nieuwe stelsel wordt toegewerkt naar een situatie waarin de optimale match tussen vraag en aanbod in het grootste gedeelte van de gevallen mogelijk is. Het aanbod zal steeds beter in evenwicht zijn met de vraag. Het zal echter in gevallen voor blijven komen dat niet aan alle criteria van de optimale match kan worden voldaan. In die situaties zal worden gekeken naar een second best oplossing of naar overbruggingszorg (met name FPK's, SGLGV zorg en zorg gericht op autisme of zedenproblematiek zijn gebieden waar op dit moment een optimale match vaak niet mogelijk is door wachtlijstproblematiek).

2.4.1 Second best plaatsing en overbruggingszorg

We spreken van second best plaatsing als de plaatsing niet aan alle criteria van een optimale match voldoet en er op die 2^e keuze *definitief* wordt geplaatst. De patiënt wordt definitief geplaatst bij een andere zorgaanbieder of zorgvorm. Er is dan ingeboet op een van de criteria: bereikbaarheid, passendheid of tijdigheid. Overbruggingszorg is een *tijdelijk* construct. Voor een maximale periode van 4 maanden wordt de patiënt opgevangen bij een andere dan de aangewezen

zorgaanbieder/zorgvorm (optimale match), deze overbruggingszorg moet zoveel mogelijk aansluiten op de optimale match. Dit gebeurt in overleg met de aangewezen zorgaanbieder. Ook tijdens overbruggingszorg is er sprake van behandeling. Het dient NIET alleen als opsluiting. Het is een noodconstruct omdat de aangewezen zorgaanbieder tijdelijk (< 4 maanden) geen plaats heeft en moet gezien worden als een vangnet.

De second best oplossing heeft de voorkeur boven overbruggingszorg. De overbrugging heeft t.o.v. de second best oplossing de nadelen dat een veranderende omgeving en een 'knip' in de behandeling schadelijk kunnen zijn voor de patiënt, de patiënt heeft veelal behoefte aan structuur, vastigheid en vooral eenduidigheid van de behandeling. Daarnaast zal de patiënt het behandelklimaat negatief kunnen beïnvloeden, omdat deze ongemotiveerd kan zijn en een instelling kan hebben van: 'ik hoor hier toch niet'. De individuele afweging of overbruggingszorg of second best wordt geplaatst, is vooral gestoeld op de afweging wat het meest in het belang is van de patiënt.

Wanneer zet je overbruggingszorg in?

Uitgangspunt bij plaatsing is een naadloze aansluiting op (voorlopige) hechtenis. Vooral ten aanzien van klinische plaatsingen en beschermd wonen is dit een issue, omdat de justitiabele een bepaald beveiligingsniveau nodig heeft en de veiligheid van de samenleving in het geding kan zijn. Uitgangspunt is daarom dat iemand vanuit detentie direct overgaat in zorg.

Op grond van het beleidskader wordt iemand eerder in second best zorg geplaatst dan in overbruggingszorg. Leidend bij die afweging is tijdigheid en beveiligingsniveau. Het beveiligingsniveau dient altijd op geïndiceerd niveau te zijn en kan niet neerwaarts worden bijgesteld. Indien dit niet tijdig aanwezig is, wordt overbruggingszorg geregeld. Indien de zorgbehoefte in relatie tot tijdigheid in het geding is, is de voorkeur om zo snel mogelijk bij de second best te plaatsen.

De organisatie die aangewezen is om de plaatsing te verzorgen, is tevens de organisatie die aangewezen is om dat voor de overbruggingszorg te regelen.

A.

Indien het gaat om een plaatsing vanuit het strafproces dient de zorg te starten nadat het vonnis onherroepelijk is. De datum van einde VH en start executie is dus cruciaal. Op deze datum dient de justitiabele de geïndiceerde zorg te ontvangen, óf is er overbruggingszorg geregeld. Van belang is dat overbruggingszorg wordt geregeld vóór de rechtsgang is afgerond. Indien het klinische GGZ betreft dan dient het NIFP deze te verzorgen, indien het beschermd wonen is, de 3RO.

B.

Indien iemand vanuit detentie wordt geplaatst, dan is het beveiligingsniveau altijd leidend. Daarover doet de directeur van de PI een uitspraak. Indien er snel iemand zorg nodig heeft dan is overbruggingszorg mogelijk in een PPC. Indien iemand naar GGZ kan, dan is tijdige aanvraag voor indicatiestelling circa 6 weken voordat iemand uit detentie komt. Binnen deze termijn kan een plaatsing, intake en opname uitgevoerd worden. Het kan voorkomen dat iemand dan vanwege de tijdigheid in een second best zorg wordt geplaatst. Voor voorwaardelijke invrijheidstelling geldt

eenzelfde termijn voor aanvraag om een naadloze aansluiting van zorg op detentie te hebben.

Indien mogelijk verdient het de voorkeur om een patiënt langer in detentie (en dus bekende structuur) te laten zitten, dan om overbruggingszorg te organiseren.

2.4.2 Verantwoordelijkheden matching

Vanwege de gekozen scheiding van rollen (zorgaanbieder richt zich op eigen deskundigheid van behandelen; plaatser richt zich op zoeken van geschikte behandelplek) is het de verantwoordelijkheid van de plaatsende instantie om een geschikte en indien nodig een overbruggingsplek, te vinden. Binnen de wet Forensische Zorg is Justitie (DForZo) verantwoordelijk voor het plaatsen van patiënten.

- De plaatsende organisatie is daarmee primair verantwoordelijk voor de plaatsing bij zowel de optimale en second best plaatsing als bij overbruggingszorg.
- De zorgaanbieder waar de patiënt uiteindelijk (na de overbruggingsperiode) geplaatst gaat worden (1^e keuze) is verantwoordelijk voor de zorginhoudelijke taak en heeft een inspanningsverplichting: het ziet erop toe dat de geboden zorg tijdens overbrugging aansluit bij de zorg van de definitieve plaatsing en bewaakt het van overbruggingstraject.
- De zorgaanbieder geeft voordat gekozen wordt voor overbruggingszorg of een second best plaatsing aan wanneer de patiënt kan worden opgenomen.
- Op het moment dat wordt afgeweken van de optimale match is er overleg tussen de plaatser en de indicatiesteller.
- Het is aan de plaatsende instantie om te beoordelen of de overbruggingszorg aan een minimale termijn is gebonden.
- Overbruggingszorg gebeurt in continu overleg tussen plaatser en zorgaanbieder(s). Door overleg tussen zorgaanbieders (aanbieder van overbruggingszorg en aanbieder van de optimale match) moet worden voorkomen dat overgangen in behandeling de effectiviteit van de behandeling doen verminderen.
- Afstemming en terugkoppeling tussen aanbieder, plaatser en indicatiesteller is wenselijk om effectiviteit zorg/plaatsing te beoordelen (ten aanzien van de ambulante trajecten heeft de reclassering de rol van ketenregisseur).

2.4.3 Prioritering criteria

De verschillende criteria zijn onderscheiden, maar hoe verhouden de criteria (passend, tijdig en bereikbaar) zich tot elkaar?

- De indicatiestelling is leidend. Hieraan wordt altijd recht gedaan.
- Van het beveiligingsniveau wordt in principe niet afgeweken.
- Maatwerk: het is casusafhankelijk welk criterium prevaleert boven een ander. Het betreft een zeer heterogene groep en de prioritering hangt daarnaast af van de stroming: ambulante of klinisch en zal aan

het professionele oordeel van de plaatser zijn. Wel kan worden gezegd dat bij ambulante en begeleid wonen het criterium bereikbaarheid zwaarder weegt dan passendheid. Bij klinische behandeling geldt dit andersom. Beveiligingsniveau en tijdigheid zijn criteria waar niet of nauwelijks van afgeweken wordt.

2.4.4 Matching en overbrugging GW

Bovenstaande beschrijving ten aanzien van matching geldt ook voor de stroming GW. Aanvulling: Het merendeel van de overbrugging binnen GW is: tijdelijke PPC plaatsing, in afwachting van de GGZ. Dit is tevens een van de 7 procesbeschrijvingen GW (nr. 2)

3 Plaatsingsproces

Uitgangspunten en kwaliteitseisen

Plaatsing start met een indicatiestelling

De plaatsing start na het afgeven van een indicatiestelling, welke leidend is voor de plaatsing. (artikel 6.1 WFZ)

Plaatsen bij gecontracteerde zorgaanbieder met opnameplicht

De algemene plaatsingbevoegdheid van de Minister van Justitie krijgt een plek in artikel 6.1, eerste lid. In het tweede lid van dit artikel is vastgelegd dat bij de private instellingen, de contracten moeten voorzien in de verlening van zorg aan de categorie van forensische patiënten waar de te plaatsen forensische patiënt onder valt. Er wordt niet geplaatst als er geen contractsrelatie met de zorgaanbieder bestaat. Met gecontracteerde aanbieders zijn afspraken gemaakt en is het duidelijk welk aanbod beschikbaar is. Daarnaast kunnen de aanbieders op basis van gemaakte afspraken over het aanbod aangesproken worden op de opnameplicht. Op deze wijze kunnen aanbieders cliënten niet weigeren op te nemen, een probleem waar plaatsers in het verleden mee te maken hebben gehad.

Plaatsingsbesluit

In het wetsvoorstel is de eis van het plaatsingsbesluit opgenomen: De plaatsing van forensische patiënten bij een zorgaanbieder geschiedt door of vanwege Onze Minister, op basis van een gedagtekend besluit (artikel 6.1 lid 1 WFZ). Er wordt een uniform plaatsingsbesluit gehanteerd voor de plaatsingen, waartegen bezwaar en beroep mogelijk is. Daarbij vormt het plaatsingsbesluit de betalingsgrond.

Efficiënt en tijdig proces

Voor de plaatsing forensische zorg geldt dat de cliënt tijdig geplaatst moet worden (zie inhoudelijke criteria plaatsing: tijdigheid) en dat het proces snel en efficiënt verloopt (gekoppeld aan het strafproces) Hier worden bedoeld de doorlooptijden van het gehele plaatsingsproces. In het wetsvoorstel is opgenomen dat tevens groot belang wordt gehecht aan een efficiënt proces. Er wordt bij dit onderwerp van uitgegaan dat: De termijn die het proces van plaatsing in beslag mag nemen (doorlooptijden) aansluit bij het strafrechtproces. Het plaatsingsproces zo wordt ingericht dat bureaucratie en onnodige overlap tussen activiteiten wordt vermeden en duidelijke samenwerkingsafspraken worden gemaakt tussen organisaties met koppelvlakken. De plaatsing krijgt een methodische en systematische aanpak om zodoende de kans op fouten te verkleinen, omdat er meer greep is op wat er gebeurt en men verder vooruit kan (moet) zien; Iedereen weet wat er verwacht mag worden.

Inzichtelijk, herleidbaar en transparant proces

Eén van de doelstellingen van dit wetsvoorstel is de uniformering van het plaatsingsbeleid. Groot belang wordt gehecht aan een inzichtelijk

plaatsingsproces. De formele verantwoordelijkheid van de Minister van justitie voor de tijdige tenuitvoerlegging van rechterlijke uitspraken maakt het van belang dat processen uniform zijn en er rechtsgelijkheid is. Als uitgangspunt geldt dat: De plaatsing gebeurt op basis van objectieve normen (inhoudelijke eisen) welke openbaar en toegankelijk zijn, er gebruik gemaakt wordt van Ifzo, waarin is terug te vinden welke processtappen zijn gemaakt, welke keuzes zijn gemaakt en op basis waarvan deze keuzes zijn gemaakt (Verantwoording kunnen afleggen) en afwijkingen van de kaders en eisen moeten beargumenteerd neergelegd worden in Ifzo.

Monitoring en sturing

Het plaatsingsproces wordt door de eindverantwoordelijke DForZo gemonitord en aangestuurd en heeft hiervoor de gepaste mogelijkheden/instrumenten.

4 Rol- en verantwoordelijkheidsverdeling

De Wet Forensische Zorg (WFZ) stelt de Minister van Justitie verantwoordelijk voor de indicatiestelling, plaatsing en inkoop van de Forensische Zorg. De verantwoordelijkheid voor Plaatsing is in deze Wet belegd bij de Directie Forensische zorg (DForZo) van Dienst Justitiele Inrichtingen.

Uitgangspunt van de rolverdeling tussen de indicatiestelling en de plaatsing is dat de indicatiestelling onafhankelijk van de plaatsing wordt opgesteld en de indicatiestelling en plaatsing onafhankelijk gebeurt van het beschikbare zorgaanbod.

Om aan deze voorwaarden te kunnen voldoen is een heldere rol- en verantwoordelijkheidsverdeling noodzakelijk.

In het plaatsingsproces zijn verschillende verantwoordelijkheden te onderscheiden. Ten eerste is er de eindverantwoordelijkheid die via de Minister van Justitie bij de Directie Forensische zorg is belegd. De uitvoeringsverantwoordelijkheid ligt bij de plaatsende organisaties en de zorgaanbieders hebben een verantwoordelijkheid met betrekking tot intake en opname van patiënten.

Directie Forensische Zorg

Plaatsing van Forensische patiënten gebeurt op basis van een objectief vastgestelde indicatiestelling met behulp van een transparant en toetsbaar plaatsingsproces.

DForZo heeft twee verantwoordelijkheden:

1. beleidsverantwoordelijkheid
2. individuele plaatsingsverantwoordelijkheid

Ad. 1 In het nieuwe stelsel is DForZo verantwoordelijk voor het opstellen, onderhouden en monitoren van het plaatsingsbeleid. De uitvoerende organisaties werken op geprotocolleerde en toetsbare wijze volgens het vastgestelde plaatsingsbeleid. De uitvoerende organisaties leggen de gemaakte keuzes en overwegingen vast,

zodat deze controleerbaar zijn. DForZo heeft op deze manier zicht op de wijze waarop de plaatsingen worden uitgevoerd en of de bedoeling van het beleidskader wordt gevolgd. De monitoring door DForZo richt zich op de kwaliteit van de plaatsingen, de doorlooptijden en overige cruciale zaken uit het beleidskader plaatsing. Deze manier van het nemen van de verantwoordelijkheid leidt ertoe dat DForZo niet elke plaatsing zelf vooraf keurt, maar achteraf monitort, audit en bijstuurt. De informatie wordt gebruikt voor eventuele toekomstige aanpassingen in het plaatsingsbeleid en kunnen direct leiden tot wijzigingen in het inkoopbeleid. DForZo voert de regie over het plaatsingsbeleid en stemt dit beleid af met alle bij de plaatsing betrokken partijen.

Ad. 2 De verantwoordelijkheid van DForZo richt zich ook op individuele plaatsingen. Indien er knelpunten bij individuele plaatsingstrajecten optreden die niet direct op te lossen lijken, kan DForZo worden geconsulteerd. DForZo dient gevraagd én ongevraagd te kunnen intervenieren in de individuele plaatsingsprocessen als daar noodzaak toe lijkt te zijn. DForZo heeft de mogelijkheid om de zorgaanbieder, als contractpartij, direct te wijzen op de contractuele verplichtingen. Mogelijkheid is dat DForZo aanvullende contractuele afspraken maakt met de zorgaanbieder, waardoor een individuele plaatsing alsnog kan worden gerealiseerd. De uitvoerende organisaties dienen uiteraard eerst zelf met al hun mogelijkheden het knelpunt op te lossen.

Voor plaatsing staan ook bezwaar en beroep open. De bezwaar en beroepsprocedure wordt door DForZo met de uitvoerende organisaties ter hand genomen.

Deze twee vormen van verantwoordelijkheid zijn enkel te nemen als DForZo de mogelijkheid heeft bij te sturen. Door het bijwerken, aanpassen en met partners vaststellen van het plaatsingbeleid, kan de beleidsverantwoordelijkheid worden genomen. DForZo stuurt het plaatsingsproces via haar contracten met zorgaanbieders. Zorgaanbieders kunnen bij weigering worden aangesproken op de contractuele verplichtingen en contractuele afspraken kunnen aangepast worden.

Wanneer een uitvoerende organisatie het plaatsingsproces niet uitvoert volgens het vastgestelde beleidskader, stuurt DForZo de organisaties bij.

Randvoorwaarden om te intervenieren of sturen op het plaatsingsproces zijn:

- a. De uitvoerende organisatie plaatsen conform het vastgestelde beleid.
- b. DForZo heeft een sturingsrelatie met de uitvoerende organisaties (3RO, NIFP en GW) en moet op individuele casussen direct bij kunnen sturen indien niet volgens het afgesproken beleid wordt gehandeld.
- c. Er is een procesmatige scheiding tussen de indicatiestelling en de plaatsing.
- d. Werkprocessen dienen helder te zijn gedefinieerd en geprotocolleerd.
- e. Bezwaar- en bevoegde commissies zijn belegd bij DForZo.

- f. De gehele keten is aangesloten op IFZO, IFZO is tijdig en zo volledig mogelijk gevuld en DForZo heeft daar toegang toe.

Uitvoeringsorganisaties (3RO, NIFP en GW)

De uitvoerende organisaties stellen de indicatie op en voeren de plaatsing uit. Dat de indicatiestelling en plaatsing beiden door dezelfde partij worden uitgevoerd brengt een risico met zich mee. De onafhankelijkheid tussen beide processen kan in het geding zijn.

Om de onafhankelijkheid tussen beide processen te borgen, heeft elke organisatie uitgewerkte procesbeschrijvingen van haar taak in het plaatsingsproces. Deze procesbeschrijvingen geven de procesmatige scheiding tussen de processen indicatiestelling en plaatsing weer. De plaatsing start na de afgifte van de indicatiestelling. Het procedurele deel van de plaatsing eindigt bij de afgifte van het plaatsingsbesluit. De uitvoerende organisatie stelt het plaatsingsbesluit op en geeft deze af.

De uitvoerende organisaties plaatsen op basis van de vastgestelde criteria en normen opgenomen in het beleidskader. Alle uitvoerende organisaties werken met IFZO en vullen dit tijdig en volledig in.

Zorgaanbieders

Met de inwerkingtreding van de Wet Forensische Zorg is voor de inspanningsverplichting voor het bieden van zorg veranderd in een opnameplicht (behandelplicht voor ambulante zorg). Om deze opnameplicht vorm te geven worden specifieke afspraken gemaakt over het zorgaanbod. Het specificeren van het zorgaanbod heeft tot gevolg dat plaatsingen geschieden op basis van de in de plaatsingsmatrix opgenomen specificaties en het gecontracteerde zorgaanbod. Afwijzingen vanwege een niet met de zorgvraag matchend zorgaanbod worden op die manier tot een minimum beperkt.

In het beleidskader gestelde termijnen met betrekking tot intake en opname worden gevolgd. Alle zorgaanbieders werken met IFZO en vullen dit tijdig en volledig in.

Bijlage cluster normen klinische opname

Start looptijd vanaf aanvraag zorgaanbod, tenzij sneller ivm strafproces. Dan worden aparte afspraken voor mogelijke versnelling gemaakt.

Cluster 1

		Beoordelingswachtijd /intake	Max wachttijd start Intramurale behandeling/plaatsing ⁱ	Toelichting:
Artikel 15.5 Pbw:	Opname in psychiatrisch ziekenhuis	Crisis: 24 uur Telefonische afstemming	48 uur	Afgifte verkorte indicatiestelling door coördinator IFZ t.b.v. BSD/BSF i.v.m. afgifte beschikkingsbesluit.
		Alleen intake indien casus onduidelijkheid oproept.	20 werkdagen	
Artikel 43.3 Pbw	Overplaatsing uit GW wegens detentiefasering	20 werkdagen	40 werkdagen	Binnen 3 wkn geïndiceerd. Max 1 jaar strafrestant
Artikel 37 WvSr	Ontoerekeningsvatbaarheid	Alleen intake indien casus onduidelijkheid oproept.	Vanaf datum onherroepelijk : - reguliere GGZ: 30 werkdagen - FPA: 40 werkdagen - FPK: 45 werkdagen	De opname dient binnen 3 maanden te zijn gerealiseerd Executie officier kan overgaan tot afgifte 'Bevel tot plaatsing'
Artikel 38m WvSr	ISD maatregel	20 werkdagen	40 werkdagen	Binnen 3 wkn geïndiceerd.
Artikel 15 lid 2 Pbw	Penitentiair programma met zorg	De Reclassering komt binn	(datum staat vast)	Termijnen zijn gesteld, onderdeel

		werkdagen met een plan.		van de straf
Intern GW	Interne overplaatsing op zorgafdeling in het gevangeniswezen	3 werkdagen	5 werkdagen	Afhankelijk van beschikbare plaatsen
Intern GW	Poliklinische verrichtingen door GGZ in gevangeniswezen	1 week		Minst urgent

¹ Is inclusief intake tijd, dus niet cumulatief

Cluster 2

Artikel 80.1 WvSv	Schorsing met voorwaarden	15 werkdagen	35 werkdagen	Opname datum moet bekend zijn, in verband met schorsingszitting
Art 167/244 EvSr	Sepot met voorwaarden	15 werkdagen	35 werkdagen	Idem, versnelde procedure
Artikel 14a WvSr	Voorwaardelijke veroordeling	15 werkdagen	35 werkdagen	
Artikel 15a WvSr	Voorw. invrijheidstelling (VI) + bijz. voorwaarden	15 werkdagen	35 werkdagen	Aansluitend op detentie
Artikel 38a WvSr	TBS met voorwaarden	20 werkdagen	30 werkdagen	Uitspraak + (prognose) datum opname
Artikel 38p WvS	ISD met voorwaarden	15 werkdagen	35 werkdagen	
Artikel 38g WvSr	Voorwaardelijke beëindiging van de verj van overheidswege	15 werkdagen	35 werkdagen	
Artikel 13 Gratiewet	Voorwaardelijke gratieverlening			Komt zeer weinig voor

Cluster 3

Artikel 37a WvSr	TBS met dwangverpleging		30 werkdagen	Aansluitend aan detentie
Artikel 14 Bvt	Overplaatsing vanuit TBS-kliniek	20 werkdagen	In overleg met kliniek waar betrokkene in behandeling is (verwijzende en ontvangende zorgaanbieder)	
Artikel 51 Bvt	TBS met proefverlof	20 werkdagen	35 werkdagen	

Cluster 4

Artikel 13 Bvt	Plaatsing ter observatie			
Artikel 257a WvSr	Aanwijzing OM-afdoening			
Artikel 196/317 WvS	Plaatsing t.b.v. pro-justitia rapportage	?	?	Nvt. Verwijsbrief in OM advies, voor vonnis