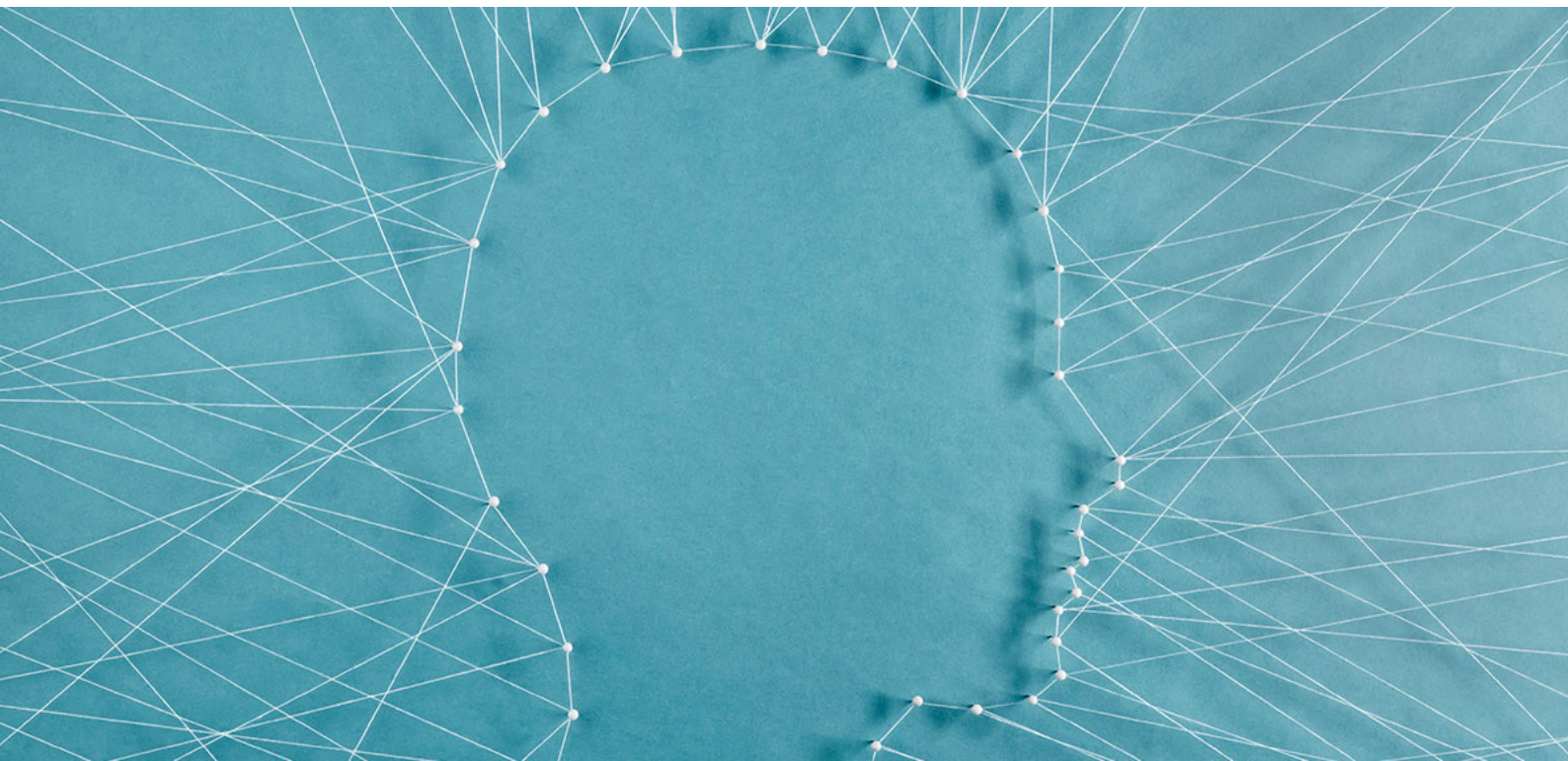


Programma Continuïteit van zorg

Handreiking voor professionals



Versie 2 - maart 2017

www.continuiteitvanzorg.nl



Bij elke stap dienen voorwaarden in acht te worden genomen

Cliënt Regievoerder Financier Zorgaanbieders Toezichthouder Overlegorgaan Plaats

Zorgbehoefte en Beveiligingsbehoefte

Wat heeft de cliënt nodig?

Wat vindt de cliënt zelf?

Onderbouw dit door behandelervaringen in het (forensisch) traject.

- Cliënt veroorzaakt overlast
- Cliënt vormt een gevaar voor zichzelf of anderen
- Cliënt kan niet voldoende zelfstandig functioneren



Communicatie

Is bekend wanneer er een wijziging optreedt in het traject op het gebied van zorg- of beveiligingsbehoefte, financiële kaders of titelwijzigingen?

Is bekend wie er op welk moment geïnformeerd zal moeten worden?

- Tijdige communicatie die bovendien helder is voor alle betrokken partners



Systeem

Is er zicht op het netwerk of de familie van de cliënt?

Zijn zij betrokken en ondersteunend?

- Het netwerk dient ondersteunend te zijn aan het traject van de cliënt
- De cliënt heeft zelf ook de behoefte het netwerk actief te onderhouden en betrekken



Administratie

Zijn bij opname alle brieven, machtigingen en plaatsing papieren aanwezig?

Is bekend wanneer de opname zal eindigen, of wanneer er geen indicatie meer is voor (ambulante) begeleiding of behandeling?

Zijn de papieren voor de vervolgplaatsing aanwezig?

- Tijdige informatie voorziening gaat hand in hand met een goede backoffice
- Zorg dat de cliënt in het traject geen hinder ondervindt van papierwerk of ontbrekende informatie in het dossier



Partners

Wie zijn er nodig om de juiste zorg en beveiliging te realiseren?

Waar en hoe zijn deze partners te bereiken?

- Deelname van tenminste één BIG-geregistreerde functionaris
- Duidelijke rolverdeling

Uitgangspunt:



Opschaling

Wat is de route voor opschaling in geval van hobbels in het traject?

Is deze route in iedere regio geaccepteerd en zijn er de juiste contacten gelegd?

Is er gedacht aan overlegcomités die van dienst kunnen zijn en hoe deze te bereiken zijn?

Is er sprake van ruimte in een vonnis of voorwaarden die zijn gesteld aan opname?



Afschaling

Welk effect hebben de interventies op de zorg- en beveiligingsbehoefte?

Welke faciliteiten zijn beschikbaar?

Hoe past deze stap in het afgesproken traject?

Welke ketenpartners zijn nodig?

Op welke termijn moeten ketenpartners en financiers geïnformeerd zijn?

- De casus is voldoende uitgewerkt om in aanmerking te komen voor op- of afschaling
- Er is sprake van objectieve toetsing en juiste documentatie

Regionaal overleg

Waar ging het niet goed?

Wat kan regionaal overleg betekenen als de casus ingewikkeld is en het spoed betreft?

Welke mogelijkheden kennen we?

Wie kan in deze adviseren?

- Deelname van tenminste één BIG-geregistreerde functionaris
- Aanwezigheid van kennis van het justitiële en forensische netwerk



Traject scenario's

Wat is het plan B of zelfs C?

Dekt dit de eerder genoemde belemmeringen?

Is er gedacht aan crisis voorzieningen en wie daarbij betrokken dient te worden?

- De actiepunten die hieruit naar voren komen zijn toebedeeld



Oplossingsrichtingen

Welk traject zou ideaal zijn?

Wat is een haalbaar doel om naartoe te werken?

- Kennis van het zorgaanbod en sociale kaart van de regio
- Kennis van de financieringsmogelijkheden

Invulling traject

Welke stappen zijn wanneer nodig?

Welke belemmeringen ziet men?

Zijn alle spelers aangehaakt?

- Wettelijke belemmeringen, financiële en juridische kaders zijn doorgesproken

OVER HET PROGRAMMA

CONTINUÛTEIT VAN ZORG

Het programma Continuïteit van zorg is gestart per januari 2016. Opdrachtgevers zijn de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Veiligheid en Justitie, tezamen met de brancheorganisaties Vereniging Nederlandse Gemeenten, Zorgverzekeraars Nederland en GGZ Nederland.

Het programma is gericht op verbetering van de overgang van de forensische zorg naar de reguliere ggz en zorg voor mensen met een verstandelijke beperking door aan cliënten, indien nodig, de meest passende en tijdige zorg te verlenen (direct na afloop van de strafrechtelijke titel).

De doelstelling van het programma zal primair op regionaal niveau moeten worden bereikt. Hiertoe is het van belang dat een regionaal overleg over uitstromende cliënten uit de forensische zorg en detentie wordt ingesteld, met alle betrokken partijen. Dit overleg dient deels op casusniveau (bespreken en oplossen van complexe casuïstiek) en deels op beleidsmatig niveau (afstemming over knelpunten en werkwijzen e.d.) te worden gevoerd. Een dergelijk regionaal overleg kan aangehaakt worden bij reeds bestaande overlegvormen, zoals het Veiligheidshuis. Het programma faciliteert het van de grond komen van deze overlegvormen in de regio's, onder meer doordat de werkgroep van het programma deze handreiking heeft opgesteld. Deze handreiking bevat de werkwijze van een regionaal overleg.

Deze handreiking neemt als uitgangspunt de cliënt, met diens zorg- en beveiligingsbehoefte. Van belang is aan te geven dat de handreiking bedoeld is als startpunt (voor zover nodig) en ondersteuning biedt voor de afstemming in de regio en de onderlinge afspraken voor samenwerking.

Voor meer informatie, actuele zaken of andere publicaties van het programma, zie: www.continuiteitvanzorg.nl



INLEIDING

DE HANDREIKING IS GESCHREVEN VOOR PROFESSIONALS

De handreiking is geschreven voor u als professional. U heeft in uw praktijk met regionale samenwerkingsverbanden te maken rond cliënttrajecten. De handreiking is tot stand gekomen vanuit [de werkgroep continuïteit van zorg](#). U kunt deze handreiking op operationeel niveau gebruiken. Daarnaast is het van belang dat er op andere niveaus bekendheid is met de werkwijze en de voorwaarden om de werkwijze te laten slagen worden geschapen. Dit laatste staat beschreven in het onderdeel 'casusoverleg'.

Met deze informatie in de hand, heeft u als professional voldoende gereedschap om een op de cliënt gericht traject in te zetten en/of over te gaan tot het maken van afspraken met relevante ketenpartners.

De handreiking geeft inzicht in/of ondersteunt het kennisniveau. Het handelingsperspectief voor de specifieke cliënt kan in samenwerking met de andere professionals worden opgesteld.

In deze handreiking wordt eerst ingegaan op het samenwerkingsoverleg, vragen als: wat is het doel en welke partijen zitten aan tafel, worden beantwoord. Daarna geeft de handreiking een overzicht van de verantwoordelijkheden in de verschillende stelsels en wettelijke kaders waaronder een cliënt kan vallen. De handreiking begint en eindigt met een routekaart; welke stappen en elementen zijn van belang te doorlopen bij het oprichten of onderhouden van een samenwerkingsoverleg.

In de bijlage treft u een afkortingenlijst.

DOELGROEP REGIONAAL SAMENWERKINGSOVERLEG

‘JOUW CLIËNT IS MIJN CLIËNT’

Personen die hulp op meerdere levensgebieden nodig hebben. Veelal als gevolg van een ernstige psychische aandoening en/of chronisch middelengebruik en/of een (licht) verstandelijke beperking na hun strafrechtelijke titelperiode of rechterlijke machtiging overlast gevend, agressief, gevaarlijk en/of destructief gedrag vertonen. Er is vaak sprake van langdurige, terugkerende en moeilijk beheersbare (multi-) problematiek.

Belangrijk is om mensen te includeren: ‘jouw cliënt is mijn cliënt’ en geen exclusiecriteria te hanteren voor cliënten. Aan u de opdracht dit uit te werken voor uw eigen regio. Extra informatie zoals een uitwerking van het regionaal overleg Oost Nederland en Rotterdam, is te vinden op de website www.continuiteitvanzorg.nl.

Dit document staat niet op zich. Tijdens de casus overleggen zult u aanlopen tegen verschillende knelpunten in de vormgeving van continuïteit van zorg. Deze beletselen en knelpunten kunnen zorginhoudelijk zijn of te maken hebben met bekostiging en regelgeving. Het programma Continuïteit van zorg heeft geprobeerd deze beletselen zoveel mogelijk in kaart te brengen en hier oplossingen voor te formuleren. Deze zijn te downloaden op de [site](#).



SAMENWERKING

DRIE NIVEAUS



Het is van belang dat (samen)gewerkt wordt op drie niveaus:

- Operationeel
- Tactisch
- Strategisch

OPERATIONEEL NIVEAU

Voor continuïteit van zorg is het van groot belang dat partners met elkaar samenwerken. De gedachtegang wordt vanuit de cliënt en zijn traject gevormd, waarbij zijn traject bij jou eindig is en ervoor gezorgd moet worden dat dit bij een (opvolgende) samenwerkingspartner een passend vervolg krijgt. Samen verantwoordelijk zijn, vanuit de gedachte: jouw cliënt is mijn cliënt.

Voor de meest complexe doelgroep werkt het het beste deze samenwerking in een multidisciplinaire setting voor te bereiden, waar alle relevante partners aansluiten en direct een plan van aanpak wordt gemaakt. Het moet hierbij gaan om een meerjarig plan met fall-back-scenario's waar ook afspraken over worden gemaakt. Als je dit pas doet op het moment dat er hobbels ontstaan, is de druk meestal te groot waardoor partijen moeilijker tot afspraken komen. Deze verantwoordelijkheid voor de meest complexe doelgroep heeft een goede plaats binnen het Veiligheidshuis, omdat dit stelsel overstijgend werkt.

Tevens is een escalatiemodel van belang. In de meeste casuïstiek kom je er met elkaar uit. In die gevallen waar dat niet zo is, is het nodig dat je van te voren / aan de voorkant hebt afgesproken hoe de escalatie eruit ziet. Van belang is goede communicatie hierin, zodat verschillende gremia ook de verantwoordelijkheid ervaren.

Op operationeel niveau kan het dus zijn dat er in de praktijk drie overleggen zijn: een tussen zorgaanbieders ter optimalisering van de zorgketen, een overleg in een multidisciplinaire setting zoals het veiligheidshuis om de complexe doelgroep te bespreken en een aanpak te formuleren, en een overleg voor escalatie indien nodig.

TACTISCH NIVEAU

Wat er gebeurt op operationeel niveau geeft ook veel inzicht in tactisch en strategisch niveau. Met dezelfde partners die op operationeel niveau vertegenwoordigd zijn, zal ook tactisch overleg gevoerd worden; denk hierbij aan het openbaar ministerie, de zorgverleners, zorgverzekeraars, gemeente en justitiële aanbieders of de PI.

Thema's die op dit niveau aan de orde kunnen komen zijn onder andere: hebben we het goed geregeld met elkaar, is er het juiste aanbod binnen onze regio, implementatie voor de regio van nieuwe onderwerpen etc.

STRATEGISCH NIVEAU

Op dit niveau zal er commitment gevonden moeten worden voor de thema's, worden de keuzes voor de regio gemaakt en kan uiteindelijk de escalatie plaatsvinden. Ook hier is het van belang dat de partners breed vertegenwoordigd zijn. Tevens dient het escalatiemodel dat regionaal overeen gekomen is onderhouden te worden.

OVERLEG

KERNPRINCIPES & AANMELDEN

KERNPRINCIPES IN HET OVERLEG

Welke partijen moeten deelnemen in het overleg hangt af van het niveau van het overleg, zoals hiervoor beschreven. In de overleggen moeten in ieder geval de volgende partijen deelnemen: het veiligheidshuis, het OM (strafrechtelijke en civielrechtelijke expertise), DJI/GW, politie, NIFP, reclassering, gemeenten, zorgaanbieders (ggz/verslavingszorg en vg) en maatschappelijke opvang. Casus gerelateerd kan een expert gevraagd worden aan te sluiten, bijvoorbeeld voor de ISD. Op casusniveau is het ook van belang om contacten te leggen met andere veiligheidshuizen of partners uit andere regio's.

Zoals hiervoor beschreven is het van belang een escalatiemodel in te regelen. In het tactische en strategische (bestuurlijke) overleg kunnen dezelfde partijen deelnemen, maar vanuit een andere functie/niveau.

Zorg voor een duidelijke overlegstructuur, met verschillende niveaus en vaste overlegmomenten. Plan dit vooraf in, zodat de agenda's niet vol zitten en zorg voor tijdigheid. Per casus moet er voldoende tijd zijn om de aansluitende trajecten vorm te geven. Hier moet ook rekening worden gehouden met de tijd die de volgende partij/partner nodig heeft om het vervolgtraject vorm te geven.

AANMELDEN BIJ HET OVERLEG

Via veldaanmeldingen komt een casus, na weging, op de agenda. Bij deze weging wordt nagegaan of het reguliere circuit voor deze casus mogelijk is. Alle eerdergenoemde partners kunnen veldaanmeldingen doen. Daarnaast komen casussen (bijvoorbeeld) via ZSM op de agenda of kunnen familie/naastbetrokkenen een aanmelding doen. De partner die de veldaanmelding doet heeft dan al contact gehad met de cliënt. Het is van belang de cliënt te betrekken en ook na te gaan wat hij/zij zelf wil en waar zijn/haar behoefte ligt. Daarnaast is het van belang aandacht te hebben en houden voor naasten en de rol van naasten bij het (herstel)proces. Hiervoor is ook een generieke module beschikbaar bij het netwerk kwaliteitsontwikkeling ggz: [Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#).

PRIVACY

STELSEL OVERSTIJGEND WERKEN

De privacy kan worden geregeld middels convenanten.

Een voorbeeld vanuit het veiligheidshuis Rotterdam-Rijnmond is te vinden op onze [site](#).

Het is van belang om gezamenlijk een plan van aanpak te maken, met verschillende scenario's voor de uitvoering. Hier hoort ook continue monitoring en eventuele bijstelling bij. Hiervoor is het nodig om stelsel overstijgend te werken en bepaalde informatie te delen.

Op de website van GGZ Nederland kunt u een [wegwijzer](#) vinden voor zorgprofessionals in samenwerkingsverbanden. Deze wegwijzer gaat in op de grenzen en mogelijkheden om medische gegevens in samenwerkingsverbanden uit te wisselen (december, 2014).

Daarnaast heeft de stuurgroep Veiligheidshuizen op 2 maart 2017 het handvat 'Gegevensdeling in het zorg- en veiligheidsdomein' vastgesteld, een richtinggevend [document](#) voor gegevensdeling in het zorg- en veiligheidsdomein. Dit document is bedoeld voor professionals in de Veiligheidshuizen.

VOORBEELDEN

SAMENWERKINGEN OP REGIONAAL NIVEAU

BREED

Voor meerdere doelgroepen

- EPA ++ (IJsselland)
- De 10 van Twente (Twente)
- Top600 (Amsterdam)
- AVE aanpak (Friesland)

SPECIFIEK

Voor doelgroepen uit de forensische zorg

- EPA Top (Rotterdam)
- Forensisch Circuit Oost Nederland (Oost Nederland)

Enkele voorbeelden staan uitgewerkt op de site www.continuiteitvanzorg.nl.



VERANTWOORDING EN VERANTWOORDELIJKHEDEN

STELSELS

Onderstaande tabel bevat de verschillende stelsels in de geestelijke gezondheidszorg. Bij elk stelsel is in kaart gebracht welke partijen in dit stelsel verantwoordelijkheden hebben.

	Forensische Zorg	Zorgverzekeringswet	Wlz*	Wmo*
		Zvw + Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische ziekenhuizen - later, Wvvgz, Wzd	Wet Langdurige Zorg	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
Criteria	Na plegen strafbaar feit, vastgelegd in vonnis door strafrechter, of in de adviesfase op basis van voorgenomen indicatie (3RO alleen ambulante en beschermd wonen), of tijdens detentie en detentiefasering op indicatie PMO	Rechter verleent machtiging (Term Wet Bopz: RM. Term Wvvgz: zorgmachtiging) Zorgkader bevolen door civiele rechtbank Burgemeester geeft last tot inbewaringstelling (Wvvgz: verleent crisismaatregel) Doel is het afwenden van gevaar voor de persoon zelf, voor anderen, voor de algemene veiligheid van personen en goederen. Alleen als dat gevaar niet op een andere manier is af te wenden dan door een opname en er is daarbij sprake van een stoornis, kan die persoon zonder zijn toestemming worden opgenomen (Wvvgz: andere doelen, andere criteria, ambulante verplichte zorg eerst, als het niet anders kan klinisch)	Bij een blijvende beperking heeft de cliënt behoefte aan: permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde, of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor zichzelf te voorkomen, door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft	Beschermd woonvorm en (woon)begeleiding in de thuissituatie is noodzakelijk
Regie	Officier van Justitie of Directeur Kliniek	OM	Zorgkantoor	Gemeente
Indicatie	NIFP, 3RO of PMO	Geneeskundige verklaring door onafhankelijk psychiater	Centrum indicatiestelling zorg (CIZ)	Gemeente
Plaatsing	3RO, PMO of DIZ	OM iom GD en IGZ	Zorgkantoor	Gemeente
Bekostiging	ForZo/JJI middels inkoop van plaatsen	Zorgverzekeraar of gemeentes igv minderjarigen (18-)	Zorgkantoor	Gemeente

* Het is ook mogelijk om met een civielrechtelijke titel (Bopz) de zorg onder de Wlz of Wmo te bekostigen. In dit geval wordt de regie gevoerd zoals beschreven onder Wet Bopz.

Daarnaast bestaat er een doelgroep die dermate complex is, dat maatwerk geboden is. Vaak is hier ook sprake van stelsel overstijgende problematiek. Hierbij is het van belang dat er één casusregisseur wordt aangewezen, die met alle partijen (gezamenlijk en bij start van het traject) het overleg aan gaat.

In het kader van het programma continuïteit van zorg experimenteren Rotterdam en Oost-Nederland hier mee.

Meer informatie is ook te vinden op <https://www.dwangindezorg.nl>

Ter illustratie van de mogelijkheden in de (beveiligde) zorg, is in opdracht van het NIFP in het rapport Rake vlakken, onderstaande tabel opgemaakt.

Dit is niet de tabel die gebruikt wordt bij het indiceren, maar deze dient juist om professionals inzicht te verlenen in de combinaties van zorg en beveiliging die geboden kunnen worden.

		Zorg				
		Ambulant	Beschermd wonen	Klinisch		
				Bepaalde zorgintensiteit	Gemiddelde zorgintensiteit	Hoge zorgintensiteit
Toezicht en beveiliging	Minimaal	Poliklinische behandeling en ambulante begeleiding	Begeleid (alleen) of beschermd (groep) wonen, HAT éénpersoonshuishouden GGz	Open afdeling GGz met asiefunctie (beschut terrein met beveiligingsmedewerkers)	Open afdeling GGz met asiefunctie	Komt weinig voor
				-weinig ziekte-inzicht -succesvol met gedwongen medicatie in depot - therapie-resistente EPA-patiënten	-korte klinische opname is nodig om crisis te voorkomen.	-somaatich erg ziek
	Laag	ACT/FACT, ambulante zorg met reclasseringtoezicht in het kader van voorwaardelijk ontslag tbs, bemoeizorg.	Beschut wonen (groep van meestal ernstig gehandicapte psychiatrische patiënten), Forensische RIBW met beperkte begeleiding, socio- woningen (beperkte ondersteuning en nachtwacht)	Resocialisatie-afdeling GGz, besloten afdeling GGz, SGLVG behandeling	Resocialisatie-afdeling GGz, besloten afdeling GGz, SGLVG behandeling	
				-chronisch defect, patiënt zal altijd enige mate van zorg nodig hebben -patiënt stroomt hierin in vanuit hogere intensiteit van zorg (uitstroomcategorie)	-primaire diagnose is duidelijk -gebrekkige remming op impulsiviteit leidt niet tot grote problemen	
Gemiddeld	Forensische FACT, ambulante zorg in het kader van proefverlof tbs- gestelden	Forensische RIBW met matig/intensieve begeleiding, nachtopvang (zoals o.a. geleverd door Leger des Heils), landelijke woonvoorzieningen (zoals o.a. Hoogeland in Beekbergen)	Besloten afdeling GGz, resocialisatie-afdeling FPA/FVA, SGLVG+	Gesloten afdeling GGz, KIB, instroomafdeling FPA/FVA, behandelafdeling SGLVG+	KIB, HIC, LIZ, crisisafdeling FPA/FVA/SGLVG+	
					-verleent geen medewerking aan medicatie-depot -zelfverwaarlozing	
Hoog	Voorwaardelijke RM, inschakeling politie vanwege gevaar, TBS met voorwaardelijk ontslag.		Afdeling FPK, FVK	KIB, behandelafdeling FPK, FVK	EBK/comfort room, KIB, crisisafdeling FPK, FVK	
	-hoog delictgevaar en hoog BOPZ- gevaar -onttrekt zich aan zorg -stopt met medicatie-inname	N.v.t.	-zelfverwaarlozing -geen sociale interactie mogelijk -multi-problematiek die om behandeling vraagt	-zelfverwaarlozing -geen sociale interactie mogelijk -multi-problematiek die om behandeling vraagt	-Veelvuldig incidenten in de GGz -Roept angst op -Gewetenloos en manipulatief -Vb: psychopatische patiënt zuchtig naar speed	
Zeer hoog	N.v.t.	N.v.t.	Longstay/ resocialisatieafdeling FPC	Behandelafdeling FPC	Crisisafdeling FPC, EVBG afdeling	

ROUTEKAART

Onderstaande tabel bevat de elementen die later in een beslisboom stappenmodel kunnen worden geplaatst. Deze (niet chronologische) routekaart is tevens op visuele wijze toegevoegd in de bijlage.

3 maanden voorafgaand aan de eerste stap zoals hieronder dient te worden begonnen met inventariseren of vervolgzorg nodig is en of realisatie daarvan multidisciplinair overleg nodig maakt.

Stap	Vragen?	Wie neemt initiatief en wie neemt deel?	Voorwaarde(n)
Breng de zorgbehoefte cliënt in kaart	<p>Wat heeft cliënt nodig?</p> <p>Wat vindt de cliënt zelf?</p> <p>Onderbouwd door behandelervaringen in forensisch traject</p> <p>Is recidiverisico hier nog van belang?</p>	Regievoerder, indien afwezig aanbrengeende partij, neemt initiatief	Client veroorzaakt overlast, of (kan)/ een gevaar voor zichzelf of anderen vormen, of kan niet voldoende zelfstandig functioneren
Betrek relevante partners	<p>Wie zijn daar voor nodig?</p> <p>Waar/ hoe zijn die te bereiken? (per regio verschillend?)</p>	Regievoerder neemt initiatief. Indien regievoerder afwezig (OM bijv.) kunnen plaatser en zorgaanbieder forensisch traject gezamenlijk oppakken	Zorg dat er tenminste één BIG-geregistreerde functionaris deelneemt
Bespreek oplossingsrichtingen	<p>Welk traject zou ideaal zijn?</p> <p>Wat is een haalbaar doel om naartoe te werken?</p>	Regievoerder en ketenpartners in overleggenium, bijvoorbeeld een regionaal (forensisch) overleg, veiligheidshuis of civiel (zorg)plein	Kennis van de het zorgaanbod en sociale kaart van de regio. En kennis van de financieringsmogelijkheden
Invulling traject	<p>Welke stappen zijn nodig?</p> <p>Worden deze stappen tijdig ingezet?</p> <p>Welke belemmeringen ziet men? (bijvoorbeeld op het gebied van indiceren, plaatsen, financiering of overdracht)</p> <p>Zijn alle spelers aangehaakt?</p>	Overleggenium	Juridische kaders, wettelijke belemmeringen en financiële kaders zijn doorgesproken. Actiepunten die hieruit naar voren komen zijn worden toebedeeld
Maak scenario's op het traject	<p>Wat is het plan B (of zelfs C)?</p> <p>Dekt dit de eerder genoemde belemmeringen?</p>	Overleggenium	Juridische kaders, wettelijke belemmeringen en financiële kaders van alle scenario's zijn doorgesproken. Actiepunten die hieruit naar voren komen worden toebedeeld
Afschaling indien mogelijk	<p>Welk effect hebben de interventies op de zorg- en beveiligingsbehoefte?</p> <p>Welke faciliteiten zijn beschikbaar?</p> <p>Hoe past deze stap in het afgesproken traject?</p> <p>Welke ketenpartners zijn nodig?</p> <p>Op welke termijn moeten ketenpartners en financiers geïnformeerd zijn?</p>	De zorgaanbieder in samenwerking met de toezichthouder of regievoerder	Er is sprake van objectieve toetsing en juiste documentatie

Stap	Vragen?	Wie neemt initiatief en wie neemt deel?	Voorwaarde(n)
Opschaling bij haperingen / crisis	<p>Wat is de route voor opschaling in geval van hobbels in (de voorbereiding van) het traject?</p> <p>Is deze route in iedere regio hetzelfde/ geaccepteerd?</p> <p>Is er gedacht aan crisisvoorzieningen en wie daarbij betrokken dient te worden?</p> <p>Is er gedacht aan overleggremia die van dienst kunnen zijn en hoe deze te bereiken zijn?</p> <p>Is er sprake van ruimte in een vonnis of voorwaarden die zijn gesteld aan opname.</p> <p>Zijn er vooraf afspraken gemaakt over de financiering?</p>	Regievoerder met ondersteuning van het overleggremium	Casus is voldoende uitgewerkt om in aanmerking te komen voor opschaling
Regionaal georganiseerd overleg met specifieke aandacht voor ingewikkelde casuïstiek	<p>Waar ging het niet goed?</p> <p>Wat kan regionaal overleg betekenen als casus ingewikkeld is en het spoed betreft? (vrijdagmiddag)</p> <p>Welke mogelijkheden kennen we?</p> <p>Wie kan in deze adviseren?</p>	Regionaal georganiseerd overleg, bijvoorbeeld Commissie moeilijk plaatsbaren, EPA-Top overleg, EPA++ overleg	Zorg dat er tenminste één BIG-geregistreerde functionaris deelneemt, en bijvoorbeeld ook één medewerker met kennis van justitiële/forensische netwerk?
Tijdige communicatie	<p>Is bekend wanneer er een wijziging optreedt in het traject (op gebied van zorg- of beveiligingsbehoefte, financiële kaders of titelwijzigingen)?</p> <p>Is bekend wie op welk moment hierover geïnformeerd zal moeten worden?</p>	Regievoerder > casemanager of zorgaanbieder	Liever te vroeg dan te laat. Denk verder dan je eigen drempel.
Administratieve processen	<p>Zijn bij opname alle brieven, machtigingen en plaatsing papieren aanwezig?</p> <p>Is bekend wanneer de opname zal eindigen, of wanneer er geen indicatie meer is voor ambulante begeleiding of behandeling?</p> <p>Zijn de papieren voor de vervolplaatsing aanwezig?</p>	Regievoerder > casemanager of zorgaanbieder	Tijdige informatievoorziening gaat hand in hand met een goede backoffice. Zorg dat de cliënt in zijn traject geen hinder ondervindt van papierwerk of ontbrekende informatie in het dossier.
Systeem bekend	<p>Is er zicht op het netwerk van de cliënt? Is de familie in kaart gebracht?</p> <p>Zijn zij betrokken en ondersteunend?</p> <p>Werkt het de-escalerend hen te betrekken?</p>	Regievoerder > casemanager of zorgaanbieder	Het netwerk dient ondersteunend te zijn aan het traject van de cliënt. De cliënt heeft zelf ook de behoefte het netwerk actief te onderhouden en betrekken.

PLOTSELING

In voorkomende gevallen treden er onverwachte wijzigingen op, bijvoorbeeld wanneer onvoldoende helder is dat omstandigheden gewijzigd zijn of op korte termijn kunnen wijzigen. Zoek hierbij de samenwerking nadrukkelijk en kom met elkaar tot een oplossing. Achteraf kan een evaluatie de knelpunten aan het licht brengen, sta hier dan ook voor.

Een uitzondering op het beginsel dat forensische zorg eindigt als de forensische zorgtitel eindigt, doet zich voor bij onvoorziene, directe beëindiging van de forensische zorgtitel. Was niet te voorzien dat de titel zou eindigen, dan wordt de forensische zorg nog twee weken voortgezet (en vergoed door het Ministerie van Veiligheid en Justitie). Dat maakt een zogenaamde ‘warme overdracht’ van de justitiabele naar een regulier zorgtraject mogelijk.

Voorts wordt ook gewerkt aan een set afspraken die het mogelijk maakt de bestaande indicatie (in het volgende stelsel) 90 dagen door te laten lopen. Bekostiging hiervan wordt in het nieuwe stelsel georganiseerd.

SCHAKELMOMENTEN

VAN STELSEL NAAR STELSEL

Dit hoofdstuk bevat een beschrijving van de overdracht van de cliënt tijdens de overgangen tussen stelsels. Het is voor de ontvangende zorgverlener goed om te weten waar hij op kan rekenen. Voor de zendende partij is goed vooraf helder te maken wat een patiënt nodig heeft en te krijgen waarop gerekend kan worden. Wat mag verwacht worden van een komende cliënt en de bijbehorende overdracht?



VOOR- EN NA HET GEVANGENISWEZEN

Volwassen (ex-)gedetineerden worden door de medewerkers van de penitentiaire inrichting in het kader van re-integratie op vijf onderdelen ondersteund. Dat zijn:

1. een geldig identiteitsbewijs
2. onderdak direct na ontslag uit detentie
3. inkomen uit werk of een (tijdelijke) uitkering om na ontslag uit detentie in het eerste levensonderhoud te kunnen voorzien en indien arbeid niet beschikbaar is een vorm van dagbesteding
4. inzicht in schuldenproblematiek
5. het realiseren van (continuïteit van) zorg en een zorgverzekering

De penitentiaire inrichting heeft een inspanningsverplichting en is dus in grote mate afhankelijk van de inzet en medewerking van de gedetineerde in kwestie. Het is aan de medewerkers van de penitentiaire inrichting om de gedetineerde te betrekken en te motiveren en tijdig ketenpartners te informeren over diens komst.

Iedereen is vrij zich te vestigen waar hij/zij wilt, ook als er een beroep moet worden gedaan op de Wmo. Bij de toegang zal de gemeente echter uitgaan van het uitgangsprincipe dat de ex-gedetineerde het best kan re-integreren in de regio waar het steunsysteem het beste is/helpend kan zijn. Als iemand vanuit detentie naar de reguliere zorg gaat, moet een voorliggende zorgaanbieder zich voor overdracht melden bij de PI.

VOOR- EN NA DE FORENSISCHE ZORG MET EEN STRAFRECHTELIJKE TITEL

Bij cliënten die forensische zorg hebben en bij wie de strafrechtelijke titel eindigt, zullen ten minste de volgende zaken in beeld zijn:

- Diagnostiek
- Zorgbehoefte
- Risicotaxatie
- Afspraken met huisarts en andere ketenpartners tbv controle
- Beveiligingsbehoefte
- Financiële consequenties van vervolgzorg

In voorbereiding op de overdracht is het ook van belang afspraken te maken tussen de zorgverleners over zaken als: achtervang in geval van crisis, deskundigheidsbevordering en een handelingskader voor de specifieke cliënt.

De gemeente moet tijdig geïnformeerd worden over het gedetineerd worden- of de (terug)komst van de cliënt. Omdat de gemeente verantwoordelijk is voor de indicatiestelling voor het wonen en begeleiden, zal in een vroeg stadium voldoende informatie beschikbaar moeten worden gesteld.

Echter, informatie over de behandelinhoud zal louter gedeeld kunnen worden met de indicatie stellende BIG-geregistreerde professional en de zorgverlener die in opdracht van de gemeente passende zorg en begeleiding zal leveren.

De nieuwe zorgverlener mag rekenen op een warme overdracht, waar risicotaxatie en een handelingskader onderdeel van uitmaakt.

Het is de verantwoordelijkheid van de ontvangende zorgverlener om goed geïnformeerd te zijn en het traject denken voort te zetten. Dit op basis van de geleverde informatie door de zendende aanbieder, die verantwoordelijk is voor de overdracht. Door in overleg te treden met de voorgaande behandelcoördinator, kan de continuïteit van de zorg gewaarborgd blijven. Handel bewust en begeleidt de administratieve processen die bij de overdracht komen kijken.



INFORMATIE

Tekst

Tessa Koster
Marloes van Es

Beeld

Sylvia van Schie

Websites

[Titels forensische zorg](#)
[Beslisschema voorlopige rechterlijke machtiging](#)
[Begrippenlijst CvZ](#)

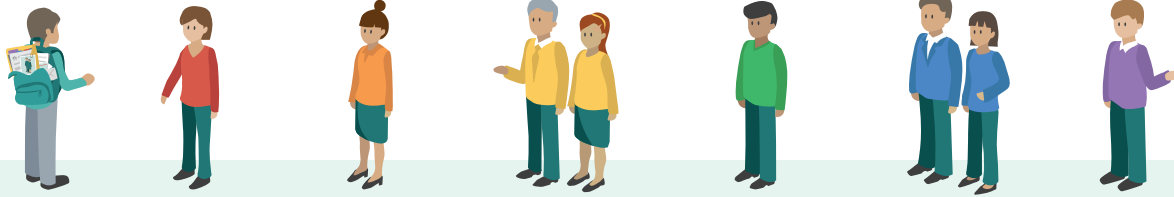
Programma team

Marloes van Es
mves@ggznederland.nl
Tessa Koster
t.koster@minvenj.nl

Contact

Programma Continuïteit van Zorg
Postbus 830
3800 AV Amersfoort

<http://www.continuiteitvanzorg.nl>



Cliënt Regievoerder Financier Zorgaanbieders Toezichthouder Overleggenium Plaatsers

Bij elke stap dienen voorwaarden in acht te worden genomen

Zorgbehoefte en Beveiligingsbehoefte

Wat heeft de cliënt nodig?

Wat vindt de cliënt zelf?

Onderbouw dit door behandelervaringen in het (forensisch) traject.

- Cliënt veroorzaakt overlast
- Cliënt vormt een gevaar voor zichzelf of anderen
- Cliënt kan niet voldoende zelfstandig functioneren

Communicatie

Is bekend wanneer er een wijziging optreedt in het traject op het gebied van zorg- of beveiligingsbehoefte, financiële kaders of titelwijzigingen?

Is bekend wie er op welk moment geïnformeerd zal moeten worden?

- Tijdige communicatie die bovendien helder is voor alle betrokken partners

Systeem

Is er zicht op het netwerk of de familie van de cliënt?

Zijn zij betrokken en ondersteunend?

- Het netwerk dient ondersteunend te zijn aan het traject van de cliënt
- De cliënt heeft zelf ook de behoefte het netwerk actief te onderhouden en betrekken

Administratie

Zijn bij opname alle brieven, machtigingen en plaatsing papieren aanwezig?

Is bekend wanneer de opname zal eindigen, of wanneer er geen indicatie meer is voor (ambulante) begeleiding of behandeling?

Zijn de papieren voor de vervolgplaatsing aanwezig?

- Tijdige informatie voorziening gaat hand in hand met een goede backoffice
- Zorg dat de cliënt in het traject geen hinder ondervindt van papierwerk of ontbrekende informatie in het dossier



Partners

Wie zijn er nodig om de juiste zorg en beveiliging te realiseren?

Waar en hoe zijn deze partners te bereiken?

- Deelname van tenminste één BIG-geregistreerde functionaris
- Duidelijke rolverdeling

Uitgangspunt:



Opschaling

Wat is de route voor opschaling in geval van hobbels in het traject?

Is deze route in iedere regio geaccepteerd en zijn er de juiste contacten gelegd?

Is er gedacht aan overleggenia die van dienst kunnen zijn en hoe deze te bereiken zijn?

Is er sprake van ruimte in een vonnis of voorwaarden die zijn gesteld aan opname?



Afschaling

Welk effect hebben de interventies op de zorg- en beveiligingsbehoefte?

Welke faciliteiten zijn beschikbaar?

Hoe past deze stap in het afgesproken traject?

Welke ketenpartners zijn nodig?

Op welke termijn moeten ketenpartners en financiers geïnformeerd zijn?

- De casus is voldoende uitgewerkt om in aanmerking te komen voor op- of afschaling
- Er is sprake van objectieve toetsing en juiste documentatie

Regionaal overleg

Waar ging het niet goed?

Wat kan regionaal overleg betekenen als de casus ingewikkeld is en het spoed betreft?

Welke mogelijkheden kennen we?

Wie kan in deze adviseren?

- Deelname van tenminste één BIG-geregistreerde functionaris
- Aanwezigheid van kennis van het justitiële en forensische netwerk



Traject scenario's

Wat is het plan B of zelfs C?

Dekt dit de eerder genoemde belemmeringen?

Is er gedacht aan crisis voorzieningen en wie daarbij betrokken dient te worden?

- De actiepunten die hieruit naar voren komen zijn toebedeeld



Oplossingsrichtingen

Welk traject zou ideaal zijn?

Wat is een haalbaar doel om naartoe te werken?

- Kennis van het zorgaanbod en sociale kaart van de regio
- Kennis van de financieringsmogelijkheden

Invulling traject

Welke stappen zijn wanneer nodig?

Welke belemmeringen ziet men?

Zijn alle spelers aangehaakt?

- Wettelijke belemmeringen, financiële en juridische kaders zijn doorgesproken

AFKORTINGENLIJST

AVT	Adviescollege Verloftoetsing TBS	NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg	OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
BW	Beschermd Wonen	OM	Openbaar ministerie
Bopz	Bijzondere opname psychiatrische ziekenhuizen	OvJ	Officier van Justitie
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg	Pbw	Penitentiaire beginselenwet
CVZ	College voor Zorgverzekeringen	PI	Penitentiaire inrichting
DBBC	Diagnose Behandeling Beveiliging Combinatie	PMO	Psycho Medisch Overleg
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie	POH-GGZ	Praktijk Ondersteuner Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg
DFORZO	Divisie Forensische Zorg	PPC	Penitentiair psychiatrisch centrum
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen	RM	Rechterlijke Machtiging
EPA	Ernstig Psychiatrische aandoening	RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
(f)-ACT	Functional Assertive Community Treatment	SGLVG	Sterk Gedragsgestoorde en Licht Verstandelijk Gehandicapten
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling	SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum	Tbs	Terbeschikkingstelling
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek	V&J	Ministerie van Veiligheid en Justitie
FPT	Forensisch Psychiatrisch Toezicht	VG	Verstandelijk Gehandicapten
FVA	Forensische Verslavings Afdeling	VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
FVK	Forensische Verslavings Kliniek	VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
FZ	Forensische zorg	VWS	Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
HvB	Huis van Bewaring	Wfz	Wet forensische zorg
IFZ	Indicatiestelling Forensische Zorg	Wlz	Wet langdurige zorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg	Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ISD	Inrichting Stelselmatige Daders	Wvggz	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg
KIB	Klinische Intensieve Behandeling	ZN	Zorgverzekeraars Nederland
LVB	Licht Verstandelijke Beperking	Zvw	Zorgverzekeringswet
MO	Maatschappelijke Opvang	ZZP	Zorgzwaartepakket

[link naar begrippenlijst](#)

LINKS

[Titels forensische zorg](#)

[Beslisschema voorlopige rechterlijke machtiging](#)

