

Probleemanalyse en plan van aanpak  
preadvies 'Samenhang ggz  
en forensische zorg'

beleidsonderzoek & advies  
**INDIGO**

Amsterdam

9 september 2011

Drs. C.M. Scholten

## 1. Achtergrond en aanleiding

Aanleiding voor het preadvies 'Samenhang tussen de GGZ en forensische zorg' is de adviesaanvraag afkomstig van de Minister van VWS over de beoogde inwerkingtreding eind 2012 van de Wet verplichte geestelijke gezondheid (WvGGZ) en de Wet forensische zorg (WFZ). Met de beide wetten wordt een verbetering van de kwaliteit van zorg beoogd – patiënten op de juiste plek met de juiste (verplichte) zorg -, en de verbetering van de aansluiting tussen het strafstelsel en de GGZ zorg. Centraal in de adviesaanvraag van de Minister van VWS staat de vraag wat de gevolgen van de invoering van beide wetten zullen zijn voor de betrokken sectoren.

Alvorens op de adviesaanvraag in te gaan, schetsen we eerst de kernelementen van de nieuwe wetten en de reeds - vooruitlopend op de invoering van de wetten - in gang gezette veranderingen. Vervolgens gaan we in op de adviesaanvraag en de posities van de beide Ministeries, gevolgd door een contextanalyse, de beleidsvragen en een plan van aanpak voor het preadvies.

## 2. Kernelementen uit de wetsontwerpen

**De Wet verplichte GGZ (WvGGZ)** is het antwoord op de conclusies van de derde tevens laatste evaluatiecommissie Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) die concludeerde dat de Wet Bopz niet langer toekomstbestendig was. Met de nieuwe WvGGZ is, in de termen van GGZ Nederland, een paradigmashift gemaakt in 'het denken over de gedwongen opname van patiënten met een psychische stoornis als een breuk op diens autonomie (Wet Bopz) naar de opvatting van nu dat ernstig zieke mensen er recht op hebben behandeld te worden, ook als zij door hun ziekte niet in staat zijn om de noodzaak daarvan te onderkennen (WvGGZ)' <sup>1</sup>. Met deze paradigmashift is het bereidheidscriterium van de Wet Bopz<sup>2</sup> vervangen door het onder de Krankzinnigenwet vigerende bezwaarcriterium<sup>3</sup>.

De WvGGZ maakt niet alleen intramurale dwangbehandeling mogelijk maar ook ambulante behandeling of begeleiding thuis (ACT/FACT en bemoeizorgteams) of verplichte poliklinische behandeling. In de wet wordt aandacht besteed aan de mogelijkheden voor vrijwillige zorg en preventie die kunnen voorkomen dat verplichte ggz noodzakelijk wordt (stepped care en continuïteit van zorg).

Belangrijke elementen in deze nieuwe wet ten opzichte van de Wet Bopz zijn in vogelvlucht:

- De opnamewet (Wet Bopz) wordt vervangen door een behandelwet (WvGGZ);

---

<sup>1</sup> Brief GGZ NI aan de leden Vaste commissies voor VWS en Justitie, 14 oktober 2010

<sup>2</sup> Namelijk; opname zonder de nodige bereidheid van betrokkene vereist een machtiging van de rechter of een inbewaringstelling van de burgermeester.

<sup>3</sup> Namelijk; pas als betrokkene zich verzet is een extern fiat nodig van de rechter.

- De wet is niet langer plaats - (namelijk intramuraal) maar persoonsvolgend: m.a.w. dwang kan breed ingezet, zowel thuis, ambulant als intramuraal en alle mogelijke vormen daartussen;
- Het gevaarscriterium wordt vervangen door een 'aanzienlijk risico op ernstige schade'; een 'breuk in de rechtstraditie, maar wel aansluitend op de Europese opvattingen<sup>4</sup>;
- Er komt een zorgmachtiging die de vele huidige Bopz machtigingen vervangt. De IBS wordt vervangen door een zogenaamde 'crisismachtiging';
- Het belangrijk nieuw onderdeel in de wet, de zogenaamde multidisciplinaire commissies psychiatrische zorg, is vervallen<sup>5</sup>. Momenteel wordt de oplossing gezocht in aanvullende kwaliteitseisen van het verplichte 'zorgplan' waarover zowel het Ministerie van VWS als V&J zich positief tonen. In het zorgplan wordt ondermeer de inbreng van familieleden/mantelzorg/directe betrokkenen gewaarborgd<sup>6</sup>.
- De WvGGZ beperkt zich tot de psychiatrie, de Wet Bopz omvatte daarnaast ook de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg;
- Evenals de Wet Bopz is de WvGGZ 'civielrechtelijk georiënteerd' <sup>7</sup>

Met de **Wet Forensische Zorg (WFZ)** wordt getracht een impuls te geven aan de kwaliteitsverbetering van de forensische zorg op meerdere fronten. Belangrijkste aanleiding is dat justitiële inrichtingen al tientallen jaren te maken hebben met personen die lijden aan een psychische stoornis, een drugsverslaving of een verstandelijke beperking, en dat aantal zou toenemen. In veel stukken staat vermeld dat de mogelijkheden om deze personen in een justitiële setting de benodigde zorg en behandeling te geven, beperkt zijn. Veel gedetineerden hebben voorafgaand aan detentie GGZ zorg gehad die met de detentie is onderbroken, en tijdens detentie blijkt weinig tot geen behandeling te worden gestart. Als na detentie (vervolg)behandeling nodig is, is het complex deze voort te zetten wegens een gebrek aan aansluiting binnen de GGZ, waarbij het vooral om een gebrek aan beveiliging zou gaan en daarnaast zou de financiering een oorzaak hiervoor zijn. Het gevolg van het ontbreken van de benodigde behandeling is een hoge recidive. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond

---

<sup>4</sup> J.R. van Veldhuizen, psychiater, lid derde evaluatiecommissie in : Dwang met mate, Medisch Contact 5februari 2009, 64, nummer 6, pagina 246-250.

Het schadebegrip is een vertaling van het Europese 'Harm' (CS)

<sup>5</sup> De Minister en de Kamer oordeelden dat de kosten te hoog waren<sup>5</sup>. De commissies zouden de taken vervangen die in de Wet Bopz bij de officier van justitie, de IGZ en de GD liggen. In de Commissie zouden een jurist, een psychiater en een derde (familielid/betrokkene) de rechter adviseren over de aanvraag zorgmachtiging. Na het verdwijnen van de commissies is het idee aan de orde geweest een 'multidisciplinaire kamer' naast de rechter in te stellen, om daarmee de tweetrapsraket van een adviserende commissie en een beoordelende rechter te vermijden die alom als zeer bureaucratisch werd ervaren. Dit idee heeft het evenmin gehaald<sup>5</sup>.

<sup>6</sup> Gedacht wordt aan de momenteel populaire Eigen Kracht Conferenties, waarin patiënten/clienten hun eigen netwerk mobiliseren om te trachten gezamenlijk tot een oplossing voor problemen te komen. De actiegroep Tekeer tegen de Isoleer heeft voor de WvGGZ een en ander uitgewerkt onder de noemer 'het Eindhovens model'.

<sup>7</sup> aldus de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) in Jaarverslag 2010

dat de behandeling van de stoornis en de aanpak van sociaal psychiatrische problemen de kans op recidive verkleint<sup>8</sup>. Als doelstelling is in de wet opgenomen de recidive met 10% omlaag te brengen.

De Wet moet ervoor zorgen dat patiënten - die nu nog in gevangenissen zitten- op de juiste plek terecht komen en de juiste zorg krijgen, dat er voldoende forensische zorg capaciteit is, dat er kwalitatief goede zorg is gericht op de veiligheid van de samenleving, en dat aansluiting tussen het strafstelsel en de zorg worden verbeterd.

In vogelvlucht zijn de belangrijkste elementen uit de WFZ:

- Alle forensische zorg is onder deze wet ondergebracht; de WFZ regelt dat forensische zorg onder 19 verschillende strafrechtelijke titels toegepast kan worden;
- Op verschillende momenten in het strafrecht kan nu besloten worden tot een aanvraag van een zorgmachtiging conform de WvGGZ; de OvJ kan afwegen of hij strafrechtelijke vervolging instelt of zorgmachtiging conform de WvGGZ aanvraagt, de strafrechter kan kiezen voor inschakeling GGZ door ofwel het opleggen van forensische zorg onder 1 van de 19 titels ofwel kan een civiele zorgmachtiging afgeven. (OVJ, Strafrechter), en ook na afloop van de detentie kan de rechter een WvGGZ zorgmachtiging afgeven. Dit is het zogenaamde verbindingsartikel WFZ 2:3 waarover de adviesaanvraag spreekt;
- De directie Forensische zorg van de Dienst Justitiële inrichtingen (DJI) is verantwoordelijk voor de inkoop van de zorg bij aanbieders; alle forensische zorg wordt daarmee centraal ingekocht en jaarlijks wordt bepaald welke zorg en plaatsing nodig is;
- Daartoe is AWBZ geld voor forensische zorg sinds 2008 naar Justitie overgeheveld waarmee zij niet alleen de inkoop maar ook de regie in handen heeft en zonodig een plek kan afdwingen in GGZ;
- Plaatsing in de GGZ is daarbij het uitgangspunt, tenzij de GGZ de gevraagde zorg niet kan leveren of als plaatsing vanuit veiligheid niet wenselijk is of gedetineerde niet wil meewerken en rechterlijke machtiging te zwaar middel is;
- De WFZ regelt de organisatie en het kader van de zorg zoals de eisen waaraan instellingen moeten voldoen om forensische zorg te leveren.;
- De WFZ omvat geen regels over de interne rechtspositie van patiënten of inhoud en kwaliteit forensische zorg; dat is in andere wetten geregeld;
- Het Ministerie kan ingrijpen in de particuliere TBS klinieken als de kwaliteit van de zorg onder de maat is, met zich niet aan de contracten houdt;
- De Wet Forensische zorg is 'strafrechtelijk georiënteerd'<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Zorgprogramma NIFP, jaartal onbekend (waarschijnlijk 2010)

<sup>9</sup> aldus de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) in Jaarverslag 2010

## Veranderingen vooruitlopend op de inwerkingtreding van de wetten<sup>10</sup>

Voor beide zorgwetsontwerpen geldt dat ze in feite een in de praktijk al lopend veranderingsproces ondersteunen. Zo werden in de Wet Bopz al jarenlang meer mogelijkheden tot (dwang)behandeling opgenomen<sup>11</sup>. Met name wat betreft de forensische zorg zijn vooruitlopend op de inwerkingtreding van de WFZ al diverse ontwikkelingen in gang gezet:

- sinds 2008 is AWBZ budget overgeheveld van VWS naar Justitie, bestemd voor rechtstreekse inkoop bij GGZ instellingen die forensische zorg aanbieden. Inmiddels zijn door V&J 100 contracten gesloten met GGZ instellingen<sup>12</sup>.
- Er is een nieuwe systematiek voor diagnostiek, indicatiestelling en plaatsing door NIFP (Nederlands Instituut voor Forensische psychiatrie en psychologie) en het gevangeniswezen in praktijk gebracht. De Reclassering zal in 2011 de overgang maken voor wat betreft diagnostiek en plaatsing ambulante zorg. De Indicatiestelling Forensische Zorg vindt op ambulant, klinisch/regulier en forensisch klinisch niveau plaats<sup>13</sup>.
- In 2010 is voor het eerst DBBC gefactureerd<sup>14</sup>.
- In 2010 zijn 5 Penitentiaire Psychiatische Centra (PPC) geopend voor zware forensische psychiatrie; het gaat hier om mensen die niet binnen de GGZ geplaatst kunnen worden mede i.v.m. veiligheid.

---

<sup>10</sup> Beoogde invoering is eind 2012 aldus het Ministerie van V&J

<sup>11</sup> Ook is V&J bezig met de verruiming van de mogelijkheden tot dwangbehandeling in de drie Beginselenwetten overeenkomstig criteria die in de Wet Bopz zijn opgenomen

<sup>12</sup> In een contract zijn afspraken vastgelegd over de beveiliging, kwaliteit, hoeveelheid en prijs van de ingekochte zorg.

<sup>13</sup> Ambulant: door Reclassering Nederland (RN), Leger des Heils (LdH) Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) en binnen Penitentiaire Inrichting door Psychomedisch Overleg (PMO)

- Klinisch/regulier; door SVG;
- Forensisch klinische zorg door het Nederlands Instituut voor Forensische psychiatrie en psychologie (NIFP) en Indicatiestelling Forensische Zorg (IFZ)

<sup>14</sup> Diagnose Behandel-Beveiligingscombinaties, afgestemd op DBC 's in de GGZ

### 3. De adviesvragen

#### 3.1. de adviesaanvraag

De adviesaanvraag van de Minister luidt als volgt<sup>15</sup>:

*Maak een inschatting van de gevolgen van de invoering van beide wetsvoorstellen voor de sectoren reguliere ggz, ggz in detentie en psychiatrische zorg binnen het forensische zorgsysteem. Met name de gevolgen van de uitbreiding van de bevoegdheden van het OM en de strafrechter, de vervanging van het gevaarscriterium en de grotere nadruk op het belang van openbare veiligheid bij het formuleren van behandeldoelen verdienen zorgvuldige studie. De samenhang tussen beide wetten zal ingrijpende gevolgen hebben voor zowel strafrechttoepassing als voor de ggz.*

Door de RVZ is een eerste gesprek gevoerd met ambtenaren van zowel het Ministerie van VWS als van het Ministerie van Veiligheid en Justitie waarin naar voren is gekomen dat voor het Ministerie van VWS het doel van de aanvraag is advies te krijgen over mogelijkheden om de verbinding tussen de forensische zorg en de ggz te bevorderen. In het gespreksverslag zijn hiertoe een aantal uiteenlopende vragen opgenomen, met als gemeenschappelijke noemer de vraag of de GGZ de beoogde veranderingen wel kan accommoderen. De vragen lopen uiteen van zeer breed ('Hoe kan de niet optimale aansluiting forensische zorg op reguliere GGZ beter?'), naar specifiek ('Is de reguliere GGZ toegerust zorg aan mensen uit de forensische psychiatrie te verlenen?') tot en met wetenschappelijke onderzoeksvragen ('Is er een verschil in populatie tussen mensen die forensische zorg ontvangen en cliënten buiten het strafrechtelijk kader? Zijn deze te herkennen waardoor preventie van erger te voorkomen is?')

#### 3.2 Positie van de beide Ministeries

Ter voorbereiding op dit plan van aanpak is een probleemanalyse uitgevoerd waarin ondermeer met de betrokken ambtenaren van de beide Ministeries is gesproken, de wetsontwerpen en de voorgeschiedenis zijn bestudeerd, en een kort literatuuronderzoek is uitgevoerd en een internet search naar de reacties op de wetsontwerpen. Belangrijke elementen die betrekking hebben op de positie van de beide Ministeries zijn als volgt:

##### *Implicaties wetten voor de GGZ*

De adviesaanvraag is van een van de twee indieners van de wetsontwerpen afkomstig<sup>16</sup>. De wetbehandeling verkeert in de laatste fase. In de (afzonderlijke) gesprekken die met de betreffende ambtenaren zijn gevoerd blijkt dat met name de gevolgen van de WFZ het Ministerie van VWS grote zorgen baart die vooral zijn terug te voeren op de vraag of de GGZ de implicaties van deze wet voldoende zal kunnen opvangen, zowel in kwantitatief als in kwalitatief opzicht. In grote lijnen worden deze zorgen door het Ministerie van V&J gedeeld, zij

---

<sup>15</sup> Ingekorte weergave

<sup>16</sup> Namelijk van het Ministerie van VWS, ondertekenaars van de beide wetten zijn het Ministerie van Veiligheid en Justitie als eerste ondertekenaar en Ministerie van VWS als tweede ondertekenaar

het vanuit een ander perspectief.

#### *Forensische psychiatrie versus psychiatrie*

Een belangrijk verschil van inzicht lijkt dat het Ministerie van VWS uitgaat van een *fundamenteel verschil tussen forensische psychiatrie en psychiatrie*. Forensisch psychiatrische patiënten zouden andere cliënten zijn met andere kenmerken die niet in de reguliere GGZ thuishoren. Dit standpunt wordt niet gedeeld door het Ministerie van V&J, met uitzondering van de zware forensische psychiatrie zoals bijvoorbeeld TBS gestraften/ zedendelinquenten waar het met name de beveiliging is die een contra-indicatie voor reguliere GGZ vormt. Het overgrote deel van de forensische zorg zou echter bestaan uit ambulante zorg voor personen die hun straf hebben uitgezeten en GGZ zorg behoeven, zoals ex-gedetineerden met verslavingsproblematiek of ex-gedetineerden die huiselijk geweld hebben gepleegd. Naar schatting betreft het 20.000 personen op jaarbasis<sup>17</sup>. Dit zijn personen die niet verschillen van iemand met een Bopz maatregel, aldus het Ministerie van V&J.

Het Ministerie van V&J maakt zich op haar beurt zorgen over de gevolgen van de WvGGZ en vraagt zich af of de sector GGZ voldoende is voorbereid op de vereisten uit de wet en of het aanbod van de GGZ voldoende en adequaat is.

#### *De aanzuigende werking*

Dat er na de inwerkingtreding van de beide wetten sprake zal zijn van een *vergroete toestroom naar de GGZ* lijkt niet zozeer een vraag als wel een logisch gevolg van de beide wetten: de WvGGZ biedt veel (meer dan de Wet Bopz) aanknopingspunten voor (dwang)behandeling en de WFZ heeft expliciet als doel een betere afstemming - en mogelijkheden voor doorstroming richting de GGZ en biedt daar op verschillende momenten in het strafproces (artikel 2:3 uitbreiding bevoegdheden OM en strafrechter) ook uitdrukkelijk de mogelijkheid toe. Beide Ministeries delen dan ook de verwachting van een aanzuigende werking op de GGZ.

## **4. Contextanalyse**

Een bredere analyse van de context laat de volgende belangrijke ontwikkelingen zien:

#### *Bezuinigingen en neveneffecten*

De GGZ sector is inmiddels geconfronteerd met omvangrijke bezuinigingen. Deze staan haaks op de te verwachten toestroom van cliënten naar de GGZ. Ook ongewenste neveneffecten kunnen optreden. Zo wordt bij het Ministerie van V&J rekening gehouden met een toename van het aantal strafzaken als gevolg van de bezuinigingen in de GGZ. Een voorbeeld is de verhoging van de IQ grens voor AWBZ hulp bij verstandelijk gehandicapten

---

<sup>17</sup> Het Ministerie V&J levert nog exacte aantallen aan.

die in praktijk vooral de kwetsbare groepen treft die ontvankelijk zijn voor loverboys en georganiseerde criminaliteit.

### *Marktwerking in de zorg, ketenzorg, OGGZ*

In het verlengde hiervan is een belangrijk punt van aandacht hoe de *marktwerking in de zorg* uitwerkt voor de kwetsbare GGZ groepen in het ambulante/poliklinische circuit. De forensisch klinische zorg lijkt op dit moment wat betreft de capaciteit grotendeels op orde. De problemen van voorheen - zorgaanbieders en zorgverzekeraars die niet zaten te wachten op de complexe doelgroep van forensische cliënten – lijken met de overheveling van de AWBZ naar Justitie in 2008 grotendeels ondervangen. De rol van het Ministerie van V&J als inkoper, plaatser en centrale regisseur maakt dat er zorgaanbod is, desnoods kan worden afgedwongen. Het capaciteitsprobleem is opgelost, de capaciteit is toegenomen, de wachtlijsten zijn gedaald, met uitzondering van de VG sector, aldus het Ministerie van V&J. De vraag is echter of de sector kwalitatief en kwantitatief op orde is om de ambulante zorg, de preventie en het voorkomen van dwang te bieden zoals de WvGGZ beoogt. Volstaat het huidige zorgverzekeringsstelsel met de eigen verantwoordelijkheid, marktwerking en eigen bijdrage voor de moeilijk bereikbare OGGZ doelgroep? Zijn veelbelovende initiatieven (ACT/FACT, bemoeizorg) voldoende landelijk geïmplementeerd?

### *GGZ veld als de grote afwezige*

Met uitzondering van de voorlopers GGZ die rond de totstandkoming van de wetten zijn geraadpleegd, de 100 GGZ contractanten die al forensische zorg leveren en GGZ Nederland die in 5 werkgroepen werkt aan nadere uitwerking van de (gevolgen van de) wet, lijkt het GGZ veld zelf nog niet sterk bezig met de aanstaande wetten, of met de mogelijke gevolgen daarvan. In de (beperkte) literatuurstudie althans is er nog maar weinig over terug te vinden. Belangrijke vragen rond de ambulante zorg en de preventie zijn hierboven reeds beschreven. Rond de WFZ zijn nog open vragen: hoe zal de beoogde aansluiting tussen de forensische zorg en reguliere GGZ zorg tot stand zal komen? Zijn de zorgaanbieders voldoende toegerust en voorbereid om deze patiënten adequaat en veilig te kunnen behandelen en begeleiden? Welke randvoorwaarden bevorderen doorstroming en ketenzorg?

### *Cultuurverschillen*

De hiërarchische, centralistische cultuur van justitie staat tegenover die van de gedecentraliseerde GGZ waar het geven van vrijheden een cruciaal onderdeel van de behandeling vormt. Dit kan tot fricties leiden. De Centrale Inkoop conform de WFZ is een voorbeeld van schurende afstemming tussen het justitiële en het GGZ circuit. Het GGZ veld dat hier al mee werkt oordeelt dat de Centrale Inkoop een bureaucratisch niet op maat afgestemd instrument is dat op centraal niveau aanbod en vraag matched. Dat gaat in tegen de GGZ cultuur waar matching een individueel uitgevoerd cruciaal onderdeel van behandeling vormt. Op departementaal niveau is een voorbeeld de omgang met de implementatie van

wetgeving. Bij het Ministerie van V&J wordt dat top down uitgevoerd, bij het Ministerie van VWS bottom up aan de hand van het stimuleren en bekrachtigen van goede voorbeelden.

#### *Tegenstrijdige maatschappelijke tendensen forensische psychiatrie en GGZ*

In het verlengde hiervan zijn tegenstrijdige maatschappelijke tendensen waarneembaar binnen de forensische psychiatrie en de GGZ. Mede als gevolg van druk uit de samenleving rondom ontsnapte TBS-ers accepteert men binnen het justitiële circuit steeds minder risico's, en ligt er een steeds zwaardere druk op de beveiliging. Binnen de GGZ daarentegen wordt al enkele jaren (succesvol) getracht dwangmaatregelen zoals de isoleercel en visitatie terug te dringen om daarmee af te komen van de ongewenste Europese koppositie op dit gebied. Deze tegenstrijdige tendensen botsten in praktijk. Eerste signalen uit het veld vanuit de GGZ contracten forensische zorg zijn dat - onder druk van het Ministerie V&J - momenteel de beveiliging belangrijker is dan de behandeling. Daarmee neemt de GGZ een vervangende detentiefunctie op zich waarbij bewaking overheerst boven resocialisatie.

#### *Rechtspositie van cliënten*

Ten aanzien van *de rechten van patiënten* valt op dat een cruciaal onderdeel in het wetsontwerp WvGGZ nog onuitgewerkt is. De reikwijdte van het nieuwe schadecriterium in de wet is nog niet nader gedefinieerd terwijl het een *paradigmashift* betekent ten opzichte van het gevaarscriterium uit de Wet Bopz. Het *bereidheidscriterium* van de Wet Bopz (opneming zonder de nodige bereidheid van betrokkene vereist een machtiging van de rechter of een inbewaringstelling van de burgermeester) is vervangen voor het onder de Krankzinnigenwet vigerende *bezwaarcriterium* (pas als betrokkene zich verzet is een extern fiat nodig van de rechter). Het huidige wetsontwerp biedt mogelijkheden tot hele smalle of hele brede interpretatie van 'een aanzienlijk risico op ernstige schade'. Hierover is tot op heden - in de beperkte literatuursearch- opmerkelijk weinig terug te vinden met uitzondering van kritiek vanuit enkele patiëntenorganisaties. Wel heeft het College Bescherming Persoonsgegevens zich over een ander aspect van de WFZ zeer kritisch uitgelaten<sup>18</sup>, namelijk de schending van de privacy van patiënten door de uitwisselingen van gegevens aan talloze instanties, zonder een juridische grondslag.

De interne en externe rechtspositie van cliënten is niet in de WFZ maar in aanpalende wetgeving opgenomen. Het Ministerie van V&J komt nog met een overzicht hiervan.

#### *Aansluiting met andere wetgeving*

Binnen de ouderenzorg, de jeugdzorg en de verstandelijk gehandicapten sector wordt ook dwang toegepast; dwangregimes sluiten nog niet aan, hetgeen een probleem is omdat de GGZ vaak patiënten uit die sectoren in behandeling heeft en bij veel van hen sprake is van comorbiditeit; psychische aandoeningen in combinatie met psycho geriatrie of verstandelijke

---

<sup>18</sup> Het CBP raadt aan de wet in te trekken.

handicap. Integrale zorg is voor deze patiënten van groot belang, en dus ook de afstemming van dwangregimes.

#### *Financiële schotten*

Justitie hanteert een ander financieringsmodel dan de GGZ, dat blijkt in praktijk tot heel veel administratieve rompslomp te leiden mede gezien de hoeveelheid justitiële titels (19) waaronder men geplaatst kan worden.

#### *Management en werkvloer*

Eerste indruk uit de beperkte literatuursearch lijkt erop te wijzen dat vooralsnog de wetsontwerpen landelijk en voor wat betreft de WFZ ook op managementniveau van GGZ contractanten met forensische zorg op hoofdlijnen op draagvlak kunnen rekenen<sup>19</sup>. Op de werkvloer zou dat veel minder het geval zijn, daar heerst vaak nog de oude cultuur, en ook is sprake van een gebrek aan goed geschoold personeel. GGZ Nederland werkt intensief samen met het Ministerie van Justitie aan oplossingen.

## **5. Beleidsvragen**

Een aantal randvoorwaarden is afgesproken tussen RVZ en de beide Ministeries, namelijk

- De beide wetsontwerpen staan niet ter discussie, maar vormen het uitgangspunt van het advies;
- De met de beide wetsontwerpen beoogde situatie vormen het startpunt van de redenering;
- Nagegaan wordt wat de gevolgen kunnen zijn voor veldpartijen en de beide Ministeries.

Omdat er sprake is van twee zeer verschillende velden met een enorm aantal actoren is een eerste afbakening en focus wenselijk, mede gezien de beperkte tijd en omvang voor dit preadvies beschikbaar. We gaan uit van de volgende aannames;

- De focus van het preadvies ligt op de GGZ;
- Centrale vraag van het preadvies is wat de implementatie van de beide wetten gaat betekenen voor het GGZ veld;
- Aanname in het preadvies is dat als de beide wetten inwerking treden en functioneren als beoogd, er een toestroom van cliënten naar de GGZ op gang komt;

Onderzoeksvragen zijn in te delen in vraag naar en aanbod van GGZ en de consequenties hiervan.

---

<sup>19</sup> Jaarverslag 2010 RSJ

Deze zijn in dit stadium van de beide wetsontwerpen, alleen kwalitatief te duiden.

#### 1.Vraag naar GGZ:

- a. Wie is de forensische psychiatrische patiënt die eraan komt? Heeft hij andere kenmerken dan een psychiatrisch patiënt? Om hoeveel mensen gaat het naar schatting<sup>20</sup>, uitgesplitst naar toestroom als gevolg van WFZ artikel 2:3, voorwaardelijke sancties, tijdens strafmaatregel en na beëindiging detentie? Wat is zijn zorg- en behandelvraag en beveiligingsniveau, zijn op voorhand deelgroepen te onderscheiden?;
- b. Wie is de persoon met 'aanzienlijk risico op ernstige schade' die eraan komt? Wat zijn de kenmerken van deze persoon? Om hoeveel mensen gaat het bij benadering, uit welke sectoren of circuits zijn zij afkomstig, welke vorm van zorg, behandeling of begeleiding hebben zij nodig? zijn groepen te onderscheiden?;

#### 2.Aanbod van GGZ:

Wat betekent de beantwoording van bovenstaande vragen voor het aanbod van GGZ:

- a. Kan de GGZ die cliënten (uit het forensische circuit en via de nieuwe WvGGZ) wat betreft de huidige capaciteit opvangen?
- b. Is de GGZ kwalitatief toegerust op de behandeling van deze nieuwe toestroom, de vereisten die de wetten stellen (zorgkaart, zorgplan, alternatieven, multidisciplinaire inbreng, rechten patiënten, beveiligingsniveau, forensische psychiatrie)

3.Hoe staat het met de huidige inrichting van de GGZ op macroniveau: is deze toekomstbestendig? Bij ongewijzigd beleid groeien intramuraal en semimuraal aanbod verder door in Nederland, geheel tegen Europese tendensen in<sup>21</sup>. Is die groei wenselijk in het licht van de (kenmerken van de populatie nieuwe instroom)gezien de nieuwe ontwikkelingen?

4.Wat zijn overige mogelijke belemmerende en bevorderende factoren voor het functioneren van de wetten als beoogd?

---

<sup>20</sup> Het WODC gaat monitoren hoeveel personen als gevolg van artikel 2:3 een zorgmachtiging krijgen, door nulmeting voorafgaand aan de inwerkingtreding van de wetten en 2 a 3 jaar later een 1- meting.

<sup>21</sup> Zie Trimbos scenariostudie intramurale GGZ uit 2009 waaruit blijkt dat Nederland sinds 2003-2004 beleid voert dat resulteerde in de gedeeltelijke reinstitutionalisering en versnelde groei van beschermd wonen die bij ongewijzigd beleid resulteert in een doorgroeien van intramurale en semimurale capaciteit. Trimbos constateert dat vanuit een optimaliseringsscenario een zorginhoudelijke keuze gemaakt zou moeten worden die leidt tot intra-semimurale daling capaciteit met een factor 1,5 tot 2 lager

5. Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan? Hoe kan de GGZ anticiperen op de komende veranderingen? Kan een integrale visie op GGZ opgesteld? Is een landelijk normatief kader nodig voor regionale planning? Hoe verhoudt zich een en ander met andere externe ontwikkelingen zoals bezuinigingen in de GGZ, marktwerking? Welke good practices in binnen en buitenland lijken veelbelovend? Hoe moet implementatie van de wetten plaatsvinden? Welke speerpunten zijn van belang in de voorlichting rond de wetten?

## 6 Voorstel aanpak

### *Commitment Ministeries en instellen virtuele klankbordgroep*

Gestart wordt met de bespreking van voorliggende probleemanalyse en plan van aanpak bij de beide Ministeries en de eventuele bijstelling daarvan. De uiteindelijke beoogde succesvolle implementatie van de beide wetten start immers met overeenstemming op Ministerie niveau.

Tevens wordt gestart met het samenstellen van een virtuele klankbordgroep bestaande uit (ervarings)deskundigen en werkers uit het veld die we gedurende het opstellen van dit preadvies met regelmaat uitnodigen te reageren op tussenproducten, stellingen, bevindingen en tussentijdse mogelijke aanbevelingsrichtingen. Te denken valt aan een afgeschermd deel op de website van de RVZ of bijvoorbeeld een besloten linkedin-groep. Het is belangrijk deze groep zo breed mogelijk samen te stellen omdat het gaat in dit preadvies over de mogelijke gevolgen van de nieuwe wetgeving. Dat betekent; zowel voorlopers (nieuwe ideeën, initiatieven aanreiken) maar ook de middenmoot is van belang om daar een beeld van te krijgen. Nadruk zal liggen op respondenten in de GGZ. We stellen de groep samen in overleg met RVZ. In bijlage 1 is een eerste groslijst van instellingen en personen opgenomen die zich overigens meer in het voorlopers gebied bevinden. Via hen achterhalen we ook de middenmoters.

### *Verdieping, aanvulling en update*

Gestart wordt met een verdieping van thema's die uit de probleemanalyse naar voren zijn gekomen. Het gaat hierbij om een brede inventarisatie naar ondermeer onderdelen die nadere uitwerking of onderbouwing vergen zoals relevante stukken over de organisatie van de GGZ, toekomstscenariostudies groei GGZ, cijfermateriaal van het Ministerie van V&J over de huidige omvang forensische zorg, aanvullende documenten omtrent aanpalende wetsvoorstellen (Min V&J), inventariseren van de stand van zaken bij GGZ NI omtrent de diverse werkgroepen die zich bezighouden met nadere invulling van de wetten c.q. mogelijke gevolgen van de wetten voor de sector. Ook wordt via een zg. 'sneeuwbalmethode' getracht vernieuwingen in de GGZ te achterhalen die interessant lijken voor aanbod van preventie en ambulante zorg zoals beoogt met de WvGGZ. Via

internet zoeken we een aantal bekende voorbeelden van ACT en FACT en andere bemoeizorg initiatieven en leggen we een groslijst aan. Hoeveel zijn het er, en waar zitten ze, wat zijn veelbelovende initiatieven?

Ook oriënteren we ons kort in deze fase op het Engelse GGZ stelsel als voorbeeld voor een sterk ambulant en maatschappelijk georiënteerde GGZ die door een actieve normenstellende overheid wordt aangestuurd (aldus Trimbos 2009).

### *Raadpleging deskundigen*

We raadplegen enkele deskundigen op het terrein van zowel de forensische zorg als de psychiatrie. Centraal staat een eerste globale beantwoording van de vraagstelling; Wat is het cruciale verschil tussen forensische psychiatrie en psychiatrie? Wat komt er op de GGZ af? Op welke niveaus? Uit bijlage 1 kiezen we in overleg met RVZ enkele respondenten uit met name de eerste en tweede categorie (psychiatrie en forensische zorg).

### *Casestudies*

Bij 2 zorgvuldig gekozen GGZ instellingen (poliklinisch/ambulant/klinisch) die al geruime tijd forensische zorg bieden, worden gesprekken gevoerd waarin een meer praktijkgerichte beantwoording plaatsvindt van vraag en aanbod in de GGZ; wie komen in zorg? Wat is er nodig? Hoe loopt het? Wat zijn succes-en faalfactoren? Wat is de verwachting als de wetten inwerking treden? Per GGZ instelling met FZ benaderen we dit vanuit verschillende perspectieven binnen de instelling door te praten met de directie en met de forensisch psychiater van de betreffende afdeling en patiënt of reclasseringsambtenaar en zo mogelijk de reguliere GGZ. Daarmee krijgen we een eerste inzicht in de werkzaamheid van de (inkoop door Min V&J) onder de WFZ tot op heden.

### *Werkconferentie*

Om een eerste inzicht in de mogelijke werking van de WvGGZ te krijgen, organiseren we een werkconferentie met (ervarings) deskundigen uit de relevante circuits van de GGZ; OGGZ in brede zin, reguliere GGZ (ambulant, poli en intramuraal) aangevuld met familie/patientenorganisaties. Vooraf schetsen we de nieuwe wetten op hoofdlijnen, en we schetsen mogelijke consequenties. Wat zijn de ervaringen nu met de keten en de OGGZ zorg, wat moet verbeteren, is er een landelijke dekking van aanbod, waar zitten kansrijke initiatieven, hoe omgaan met cultuurverschillen. Waar moet de GGZ zich op voorbereiden?

Zo mogelijk wordt voor dit onderdeel aangesloten bij de werkconferentie die het Ministerie van V&J voornemens is te organiseren in het najaar. Dit vergroot de haalbaarheid van dit werkplan.

### *Terugkoppeling*

Op basis van alle gesprekken en de casestudies maken we een notitie waarin de belangrijkste conclusies en mogelijke oplossingsrichtingen zijn vevat. Alle gesproken deelnemers en respondenten laten we hierop reflecteren via de website van RVZ of de linkedin groep. Aan de hand van de reacties worden de aanbevelingen eventueel aangescherpt.

## 7. Planning en personele inzet

### Planning

Afgesproken is met RVZ dit preadvies te schrijven vanaf half oktober tot en met eind december. Dit betekent een doorlooptijd van 2,5 maanden, hetgeen gezien de voorgenomen activiteiten te krap zal zijn. In overleg met RVZ zal nader worden afgestemd welke activiteiten prioriteit krijgen.

### Personele inzet

De opdracht wordt uitgevoerd door drs. C.M. (Christel) Scholten (1962) socioloog, per 1 mei 2009 eigenaar van Indigo beleidsonderzoek en advies. Voor die tijd was zij 20 jaar werkzaam in beleidsonderzoek waarvan de laatste 15 jaar als manager respectievelijk directeur bij Research voor Beleid waar zij verantwoordelijk was voor alle gezondheidszorgonderzoek. Zij heeft ervaring op alle terreinen van de zorg, waaronder ziekenhuiszorg, jeugdzorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, verpleging en verzorging. Met name het terrein van de (O)GGZ en (forensische) psychiatrie heeft haar grote belangstelling. Zo deed zij diverse evaluatiestudies waaronder (voor het Ministerie van VWS en van Justitie) pilots kinder- en jeugdpsychiatrie, (voor het Ministerie van VWS) evaluatie van de verlof en ontslagregeling in de Wet Bopz; (voor het Ministerie van VWS) een onderzoek naar IBS in Nederland, (voor het Ministerie van VWS) een onderzoek naar afgewezen dwangopnames en was zij projectleider en penvoerder van de zogenaamde Quick Scan naar de huidige praktijk van verruimde Dwangbehandeling, eveneens in opdracht van het Ministerie van VWS.

Momenteel is zij vanuit haar bureau voor 2 dagen per week werkzaam als algemeen coördinator voor de USER: Urban Social Exclusion Research ofwel de Academische Werkplaats OGGZ van de G4. De GGD-en van Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht werken hierin samen met de vier universiteiten aan de academisering van de OGGZ, dat wil zeggen dat beleid/praktijk gestimuleerd worden om meer evidence based te werken en universiteiten worden gestimuleerd om meer vraaggestuurd onderzoek te doen. Zij schreef het eerste werkplan van USER, werkte de organisatiestructuur uit en organiseerde het openingssymposium dat onder grote belangstelling op 10 juni 2011 plaatsvond. Momenteel schrijft zij samen met prof. N.Mulder, hoogleraar OGGZ en psychiater, aan de onderzoeksprogrammering voor de Academische Werkplaats. Zie voor meer informatie [www.user-g4.nl](http://www.user-g4.nl)

## Bijlage 1

### Voorlopige groslijst mogelijke respondenten

#### Psychiatrie

- GGZ Nederland Tineke Stikker, directeur Paul van Rooij (vanuit rol voorheen ZN)
- Adger Hondius, GGZ Meerkanten/ psychiater geneesheer directeur Bopz GGZ Centraal
- Max Sonnen, psychiater, adviseur van VWS
- RIBW Alliantie (Eta Mulder, bestuurssecretaris)

- Drs. J.R. van Veldhuizen, psychiater/directeur zorgontwikkeling GGZ NHN
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

#### Forensische zorg GGZ :

- Parnassia Bavogroep - Palier (forensische en intensieve zorg, nazorg) dhr Koerhuis, psychiater
- Van der Hoeven kliniek; de Waag (ambulante forensische psychiatrie)
- Inforsa (polikliniek forensische zorg) onderdeel GGZ Arkin
- Forint; geïntegreerde keten en samenwerkingsverband Van Mesdag-kliniek- Lentis (Directeur behandelzaken van Mesdag en Lentis; de heer drs. H. Beintema)

#### OGGZ

- Federatie Opvang
- VNG (pilotprojecten WMO en detentienazorg; ICO Kloppenburg)
- Stichting Leger des Heils
- Hoogleraar Niels Mulder (ACT/FACT)

#### Clienten/familie GGZ/(ex) justitiabelenverenigingen

- Ypsilon (Forensisch Familiepakket/Project Ter Beschikking Staan)
- Landelijk Platform GGZ
- Pandora (Marijke Knuttel)
- Actiegroep Tekeer tegen de isoleer (Jolijn Santegoeds)
- BONJO (belangenorganisatie van 70 vrijwilligers die zich inzetten voor gedetineerden, ex-gedetineerden en hun relaties)
- EXODUS (vrijwilligersnetwerk hulp na detentie)

#### Reclassering

- Stichting Verslavingsreclassering GGZ
- Stichting Reclassering Nederland

#### Rechtspraak

- Hof van Arnhem (expertise TBS-GGZ met raden van psychiaters en psychologen)  
Prof.dr. W.J. Schudel, raad penitentiaire kamer Gerechtshof Arnhem, forensisch psychiater
- Raad voor de Sanctietoepassing en Jeugdbescherming (RSJ)
- NOvA (Nederlandse Orde van Advocaten)
- Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak (NVvr)
- Raad voor de rechtspraak (Rvdr)

(Indicatiestelling) Justitie

- NIFP: Daan Daniels, Directielid (FZ en regie in detentie)
- Een PMO in een PI
- Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC) Amsterdam

#### Overig

- Inspectie Gezondheidszorg en Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt) moeten gaan samenwerken, beiden verantwoordelijk voor (delen) interne/externe veiligheid/rechtsposotie. ISt=frontoffice
- Politie/Raad van hoofdcommissarissen