



# Evaluatie testfase indicatiestelling forensische zorg

Mieke Komen  
Bram van Dijk

## **Evaluatie testfase indicatiestelling forensische zorg**

Amsterdam, 16 juni 2009

Mieke Komen  
Bram van Dijk

# Inhoudsopgave

<b>Management samenvatting</b>	<b>4</b>
<b>1 Vernieuwing forensische zorg</b>	<b>11</b>
1.1 Aanleiding	11
1.2 Evaluatie door DSP-groep	12
1.3 Leeswijzer	12
<b>2 De nieuwe manier van indiceren</b>	<b>13</b>
2.1 Instrumentontwikkeling	13
2.2 Klinische en ambulante trajecten	13
2.3 De drie pilots	14
2.4 Vraaggerichte zorg	14
2.5 Eisen en uitgangspunten	15
2.6 De instrumenten	17
<b>3 Onderzoeksdesign DSP-groep</b>	<b>20</b>
3.1 Doel en probleemstelling	20
3.2 Onderzoeksvragen	20
3.3 Indicatiestellers en hun ketenpartners	22
3.4 Methoden van onderzoek	22
3.5 De rol van de klankbordgroep	24
<b>4 Klinische trajecten naar forensische zorg</b>	<b>25</b>
4.1 De pilot NIFP Arnhem	25
4.2 Afnameduur en doorlooptijden	26
4.3 Mening en ervaringen van indicatiestellers	29
4.4 Mening en ervaringen van ketenpartners	32
4.5 Conclusie	40
<b>5 Klinische verslavingszorgtrajecten</b>	<b>42</b>
5.1 De pilot SVG, niet-forensisch klinisch	42
5.2 Afnameduur en doorlooptijden	43
5.3 Mening en ervaringen van SVG-indicatiestellers	45
5.4 Mening en ervaringen van ketenpartners	48
5.5 Conclusie	50
<b>6 Ambulante trajecten</b>	<b>52</b>
6.1 Inleiding	52
6.2 Afnameduur en doorlooptijden	53
6.3 Mening en ervaringen van indicatiestellers	54
6.4 Mening en ervaringen van ketenpartners	59
6.5 Conclusie	62
<b>7 Eindconclusie en aanbevelingen</b>	<b>63</b>
<b>Bijlagen</b>	
Bijlage 1 Samenstelling klankbordgroep	70
Bijlage 2 Overzicht doelgroepen	71
Bijlage 3 De evaluatiekaart van DSP-groep	73
Bijlage 4 Leidraad interviews ketenpartners	75

Bijlage 5	Format indicatiestelling	77
Bijlage 6	De wegingsmatrix	82
Bijlage 7	Model indicatiadvies en -besluit van 8 oktober 2008	84
Bijlage 8	Het format ingevuld	88
Bijlage 9	Voorbeeld 'oude' verwijsbrief PMO PI Havenstraat	92
Bijlage 10	Standaard verwijsbrief forensische zorg reclasseringsorganisaties	94
Bijlage 11	De klinische indicatiestelling forensische zorg tussen aanhouding en plaatsing, volgens een officier van justitie, in schema	96

# Management samenvatting

## Inleiding

Een kwalitatief hoogwaardige indicatiestelling en een effectieve forensische zorg leveren een bijdrage aan de reductie van recidive en de verhoging van de veiligheid in de samenleving. Tijdens en na afloop van de tenuitvoerlegging van een sanctie of strafrechtelijke maatregel kunnen justitiabelen geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg of verstandelijk gehandicaptenzorg nodig hebben. Dit vereist een naadloze aansluiting tussen justitie en het zorgsysteem. Het kabinet heeft om die reden in 2005 besloten het budget voor forensische zorg uit de AWBZ over te hevelen naar justitie. Onderdelen van het zorgsysteem zijn in de justitiële organisatie geïntroduceerd, zoals zorginkoop, zorgtoewijzing, levering van de zorg en financiering door middel van de in de GGZ in ontwikkeling zijnde bekostigingssystematiek.

Tot 1 januari 2007 viel de verantwoordelijkheid voor inkoop, indicatiestelling en toewijzing van forensisch psychiatrische zorg onder de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – thans onder die van de minister van Justitie. Bedoeling is dat plaatsing van justitiabelen bij zorgaanbieders geschiedt op basis van een onafhankelijke en op het individu toegesneden indicatiestelling. De indicatiestelling dient voldoende informatie te bevatten voor de afdeling plaatsing van de Directie Forensische Zorg van het Ministerie van Justitie (inzake de zwaardere zorgtrajecten) en de reclassering (inzake de lichtere, ambulante trajecten) om op grond daarvan tot plaatsing van justitiabelen over te gaan – zonder overlegging van verdere onderliggende bronnen en rapporten. Hierdoor moet snellere plaatsing mogelijk worden.

In opdracht van het Ministerie van Justitie hebben verschillende professionals en een taakgroep gewerkt aan de totstandkoming van indicatiestellinginstrumenten waarbij de behoeften van justitiabelen centraal staan. Besloten is de verschillende instrumenten in drie pilots uit te testen. Op basis van evaluatieonderzoek naar de ervaringen van indicatiestellers en ketenpartners met de instrumenten gedurende de pilots kunnen zij eventueel worden aangepast.

De drie pilots indicatiestelling forensische zorg zijn vanaf oktober 2008 van start gegaan bij het NIFP Arnhem, de penitentiaire inrichtingen Havenstraat en Nieuwegein en de drie reclasseringsorganisaties. Met de invoering van de indicatiestelling beoogt het ministerie een uniform en duidelijk systeem in te voeren waarmee op een professionele, efficiënte en onafhankelijke manier kan worden bepaald welke psychiatrische, verslavings- en verstandelijke gehandicaptenzorg, en welke beveiliging justitiabelen nodig hebben. Onderzoeksbureau DSP-groep heeft van het ministerie opdracht gekregen de testfase te evalueren.

## Vraagstelling

Onderzoeksvragen zijn:

Wat zijn de ervaringen van de indicatiestellers met het format van november 2007 en het wegingskader, met het werk dat zij doen om te komen tot invulling van de modellen met het indicatieadvies en –besluit. Sluiten het format en het wegingskader aan bij de modellen advies en besluit van 8 oktober 2008?

- Kunnen de afnemers van de indicatiestellingen - de ketenpartners - uit de voeten met de modellen en de inhoud van afgegeven indicaties? Zijn ze volgens de afnemers goed bruikbaar?
- Tegen welke problemen lopen indicatiestellers en hun ketenpartners aan? Welke oplossingen zien zij hiervoor, hebben zij hiervoor gevonden?
- Welke onderdelen in het wegingskader en het format kunnen volgens de indicatiestellers eventueel worden verwijderd?
- Welke delen in de modellen met het indicatieadvies of -besluit kunnen volgens de ketenpartners anders, beter of worden verwijderd?

Bij de bruikbaarheid van het instrumentarium gaat het om de gebruiksvriendelijkheid ervan en het goed kunnen inschatten van de zorgbehoefte van de cliënt en het benodigde beveiligingsniveau. Let wel: het gaat in het onderhavige evaluatieonderzoek *niet* om bruikbaarheid in de zin van validiteit en betrouwbaarheid van het nieuwe indicatiestellinginstrumentarium.

### **Aanpak onderzoek**

Om goed inzicht te krijgen in de bruikbaarheid van het indicatiestellinginstrumentarium en de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, hebben we gebruik gemaakt van *documentanalyse*, analyse van door indicatiestellers ingevulde *evaluatiekaarten* (in totaal 110) met vragen over de afname en bruikbaarheid van het instrumentarium in concrete zaken, informele gesprekken en contact via email met indicatiestellers, en *interviews met betrokken ketenpartners* – zoals zorgaanbieders, officieren van justitie en rechters (in totaal 56). Het empirische onderzoek is uitgevoerd in de periode van oktober 2008 tot medio mei 2009. In navolging van het ministerie hebben we onderscheid gemaakt tussen de zwaardere, klinische zorgtrajecten die geïndiceerd kunnen worden door het NIFP en de Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG), en de lichtere ambulante trajecten waarbij medewerkers van de reclassering in verschillende regio's en leden van het psychomedisch overleg (PMO) in de penitentiaire inrichtingen Havenstraat en Nieuwegein fungeren als indicatiestellers. Gedurende de pilots zijn drie instrumenten uitgetest:

- 1 het format met de toelichting op de indicatiestelling
- 2 het wegingskader
- 3 het model met het indicatieadvies of –besluit

### **Onderzoeksresultaten**

#### *Klinische trajecten*

De drie indicatiestellers van het NIFP die meedoen aan de pilot vinden het format en het wegingskader goed bruikbaar. Dit instrument helpt hen een goede inschatting te kunnen maken van de benodigde zorgbehoefte en het beveiligingsniveau. Het format levert volgens hen een goede bijdrage aan de oordeelsvorming over het op te stellen advies of besluit. De indicatiestellers zijn van mening dat ze met behulp van het wegingskader alle relevante informatie die boven tafel is gekomen goed kunnen afwegen. Het wegingskader biedt hen voldoende handvatten om goed zicht te krijgen op de zorgbehoefte en het beveiligingsniveau dat een justitiabele nodig heeft. Met behulp van dit instrument kunnen ze een kwalitatief goed en onafhankelijk indicatieadvies of -besluit afgeven voor zorg en antwoord geven op de

beveiligingsvraag. De indicatiestellers van het NIFP Arnhem noemen het derde instrument, het model met het indicatieadvies en –besluit, inhoudelijk slecht bruikbaar en overbodig. Het model zou een gefragmenteerd beeld geven. Op dit formulier wordt de noodzakelijke verblijfsintensiteit, behandelintensiteit en het beveiligingsniveau onsamenhangend weergegeven. De indicatiestelling in het model mist een stevige onderbouwing. De ketenpartners krijgen nu bovendien twee formulieren met ongeveer dezelfde informatie toegestuurd. Volgens de NIFP-medewerkers kan worden volstaan met afname van het wegingskader en invulling van het format.

De oordelen van de geïnterviewde ketenpartners over de kwaliteit en bruikbaarheid van de indicatiestellingen van het NIFP gedurende de pilot variëren. Vijf van de twintig ketenpartners in de categorie zorgaanbieders, leden PMO's en reclasseringswerkers, beoordelen de nieuwe wijze van indiceren als slecht bruikbaar gezien de specifieke zorg en de beveiliging die sommige justitiabelen nodig hebben. De overige geïnterviewde ketenpartners zeggen onder voorwaarden uit de voeten te kunnen met de nieuwe instrumenten. De voorwaarden van de klinische zorgaanbieders betreffen afzien van uitbreiding van een wettelijke opname- of acceptatieplicht voor zorgaanbieders, en procedures die in die richting zwemen, zoals oplegging van een beperkte termijn om bezwaar te kunnen maken tegen toewijzingsbesluiten – en blijven voorzien in goed tussentijds overleg over de indicaties, een eigen intake en mogelijkheden om aangemelde cliënten af te wijzen, bij voorbeeld gedurende de intakefase. De geïnterviewde vertegenwoordigers van twee reclasseringsorganisaties en vier leden van PMO's van penitentiaire inrichtingen hopen juist op een opnameplicht voor zorgaanbieders.

De klinische zorgaanbieders die min of meer positief zijn over de ingevulde indicatieformulieren noemen die instrumenten bruikbaar voor hun beslissing om justitiabelen al dan niet toe te laten tot de intakefase van de eigen instelling. Uit de gesprekken blijkt overigens dat alle geïnterviewde klinische zorgaanbieders de indicatie, de ingevulde modellen en formulieren met het advies of besluit, zien als een middel voor zorgaanbieders om te kunnen beoordelen of een potentiële cliënt geschikt is voor aanmelding en voor hun eigen intakefase - en niet zien als een instrument met behulp waarvan de juiste zorg en beveiliging kan worden geleverd. Verdieping halen de zorgaanbieders uit de onderliggende dossiers en pro justitia rapportages en de gesprekken en observaties die ze zelf verrichten gedurende de intakefase. Die verdieping is volgens hen niet alleen noodzakelijk in verband met de zorg die de justitiabelen nodig hebben, maar ook vanwege de beveiligingsnoodzaak en de veiligheid in de zorgvoorziening.

Naast zorgaanbieders, reclasseringswerkers en leden van PMO's hebben we zes officieren van justitie en vier rechters geïnterviewd die te maken hebben gehad met de nieuwe vormen van indicatiestelling door het NIFP. De nieuwe werkwijze leidt volgens hen vaker en meer dan voorheen tot bureaucratische barrières, vertragingen, aanhoudingen van zittingen, andere afdoeningen van strafzaken dan de rechtbank hoort en wenst te doen, klinische zorg die niet tot stand komt, een verslechtering van de rechtspositie en rechtszekerheid van de justitiabelen om wie het gaat, onbegrip bij officieren en irritatie bij rechters. Om hun werk goed te kunnen doen is het volgens deze groep respondenten noodzakelijk in het indicatierapport de gewenste instelling die het zorgaanbod moet leveren te vermelden, de maximale duur van de beoogde zorg en de opnamedatum. En dat indicaties tijdig worden afgegeven.

#### *Niet-forensische klinische verslavingstrajecten*

De vijftien 'klinische' indicatiestellers van de SVG-pilot zijn minder te spreken over de bruikbaarheid van de uitgeteste instrumenten dan die van het NIFP. Vooral het wegingskader wordt als te veel en te ingewikkeld ervaren. Invulling en afname van

de overige instrumenten wordt als omslachtig en overbodig ervaren. Het leidt volgens de indicatiestellers tot dubbel werk en 'knippen en plakken' uit de voorlichtingsrapportages en andere diagnostische instrumenten. En tot toeschrijven naar de gewenste uitkomst.

De toeleiding naar klinische zorg lijkt vanuit de SVG minder lang te duren dan die vanuit de pilot NIFP. De geïnterviewde ketenpartners van de SVG uiten géén klachten over verslechtering van de doorlooptijden naar aanleiding van de SVG-indicaties.

De zorgaanbieders die we spraken vinden de 'oude' geïntegreerde werkwijze, waarbij de verslavingsreclassering en intakefunctionarissen samen de toeleiding verzorgen naar klinische verslavingszorg voor hun werk van groot belang. Op deze wijze kan maatwerk worden geleverd. Indien noodzakelijk snel, bij voorbeeld als een justitiabele ontslagen wordt uit voorlopige hechtenis en direct aansluitend opgenomen moet worden in een verslavingskliniek.

De tien officieren en rechters die geconfronteerd zijn met de SVG-indicaties hebben de indruk dat de verslavingsreclassering minder bureaucratisch werkt dan het NIFP. Hierdoor zou de toegang tot niet-forensische klinische verslavingszorg beter zijn geregeld dan die tot forensische klinische zorg.

#### *Ambulante trajecten*

De nieuw ontwikkelde en uitgeteste indicatie-instrumenten passen slecht bij de praktijk van de indicatiestellers die meededen aan de pilot in het gevangeniswezen en de pilot bij de drie reclasseringsorganisaties. Ook de geïnterviewde 'ambulante' zorgaanbieders noemen de instrumenten onvoldoende bruikbaar. Volgens vrijwel alle indicatiestellers en veel ketenpartners zijn de instrumenten te ingewikkeld, te uitgebreid en ongeschikt voor het indiceren van passende lichtere, ambulante zorg. Er bestaat veel overlap met andere instrumenten en formulieren die gebruikt worden, bij voorbeeld de RISC. Dit leidt tot veel knip- en plakwerk. Vanwege deze moeilijkheden en het gebrek aan draagvlak is verdere implementatie van de instrumenten in deze vorm bezwaarlijk.

## **Aanbevelingen**

De bij de pilots betrokken indicatiestellers en hun ketenpartners zijn het eens over de noodzaak van een goede indicatiestelling en verbetering van de aansluiting tussen justitie en geestelijke gezondheidszorg in een strafrechtelijk kader. De uitgeteste instrumenten en manieren van werken blijken niet goed aan te sluiten bij de praktijk.

#### *Algemeen*

##### **Aanbeveling 1**

Gelet op de veelheid van gesignaleerde knelpunten verdient het aanbeveling ten aanzien van de invoering van de vernieuwde indicatiestelling forensische zorg pas op de plaats te maken. Op grond van de resultaten van de evaluatie van de pilots dient zorgvuldig te worden overwogen op welke punten de instrumenten en werkwijze aangepast kunnen worden. Een leidend principe bij deze aanpassingen dient te zijn dat de indicatiestelling niet moet leiden tot onnodige bureaucratische barrières en extra schakels in de keten. Maak een aangepast plan voor de nieuwe indicatiestelling en laat dit van kritisch commentaar voorzien door juristen en andere betrokken deskundigen uit het veld. Aanbevelingen die we in dit rapport doen kunnen worden gezien als suggesties voor aanpassing van de nieuwe indicatiestelling.



## *Ten aanzien van klinische NIFP-trajecten*

### **Aanbeveling 2**

Betrek deze waarschuwingen van ketenpartners bij het definitief maken van vernieuwingen in het beleidsprogramma forensische zorg van het ministerie van justitie. Wellicht verdient het aanbeveling het proces van NIFP pro justitia rapportage hand in hand te laten verlopen met de uitvoering van de NIFP indicatiestelling voor klinische forensische zorg. In overleg met de pro justitia rapporteurs kunnen de indicatiestellers dan behandelingen in geschikte zorginstellingen adviseren, dat wil zeggen die over een geschikt zorgaanbod beschikken en waar plek is. Onderzoek mogelijkheden om indicatiestelling en toeleiding van gedetineerden naar klinische forensische zorg vanuit het gevangeniswezen onder te brengen bij leden van het psychomedisch overleg werkzaam in die penitentiaire inrichtingen, i.c. de psycholoog/voorzitter en psychiater (van het NIFP, veelal op consultbasis).

### **Aanbeveling 3**

Volgens ketenpartners van het NIFP Arnhem dient de indicatiestelling voor klinische forensische zorg gebaseerd te zijn op dossierinformatie én persoonlijk contact met de justitiabelen. In dat licht is het wellicht aanbevelingswaardig om een vertegenwoordiger van de gewenste zorginstelling te betrekken bij de indicatiestelling voor forensische klinische zorg.<sup>1</sup> In dit kader is het volgens zorgaanbieders eveneens van groot belang dat indicatiestellers heel goed op de hoogte zijn van het zorgaanbod van de verschillende voorzieningen.

### **Aanbeveling 4**

Het is voor de indicatiestellers van het NIFP (en hun ketenpartners bij PMO en reclassering) van belang dat de in ontwikkeling zijnde (wettelijke) opnameplicht bij zorgaanbieders wordt gerealiseerd. Ook de officieren van justitie en rechters pleiten voor verwijdering van extra schakels en barrières in de keten. Het is duidelijk dat invoering van een opnameplicht bij zorgaanbieders op weerstand zal stuiten. Het verdient aanbeveling dat bij de invoering van een opnameplicht rekening wordt gehouden met de moeilijkheden die zorgaanbieders verwachten.

## *Ten aanzien van klinische SVG-trajecten*

### **Aanbeveling 5**

Het verdient aanbeveling een 'informatieslag' te organiseren over de indicatiestelling en het bijbehorende beleidsprogramma. Leidraad daarbij zijn de knelpunten en onduidelijkheden die in de praktijk leven, en die in de voorgaande hoofdstukken gedetailleerd zijn beschreven. Het is voor het welslagen van de nieuwe werkwijze van groot belang dat indicatiestellers en ketenpartners het doel, nut en de inhoud van de indicatiestelling helder voor ogen hebben.

Noot 1 Dit doet het NIFP Arnhem bij voorbeeld door contact op te nemen met een zorgaanbieder om bevindingen voor te leggen en eventueel advies in te winnen. Dit betekent geenszins dat de cliënten om wie het gaat per definitie worden toegeleid naar deze zorgaanbieder.

### **Aanbeveling 6**

In het belang van een snelle en zorgvuldige indicatiestelling kan naar de mening van de SVG-reclasseringswerkers en hun ketenpartners de RISc en/of de MATE crimi worden aangevuld, op kleine gebieden. Bied het wegingskader eventueel aan als checklist.

### **Aanbeveling 7**

De indicaties afgegeven door de verslavingsreclassering worden door zorgaanbieders, officieren van justitie en rechters neutraal tot positief beoordeeld, positiever dan de indicaties voor forensische klinische trajecten door het NIFP. Het verdient aanbeveling de 'niet-onafhankelijke' geïntegreerde werkwijze ten aanzien van klinische SVG-trajecten te handhaven.

*Ten aanzien van ambulante trajecten*

### **Aanbeveling 8**

Vanwege de moeilijkheden van indicatiestellers, ketenpartners en het gebrek aan draagvlak is verdere implementatie van de instrumenten ten aanzien van de ambulante trajecten bezwaarlijk.

### **Aanbeveling 9**

Het verdient aanbeveling de indicatiestellinginstrumenten voor ambulante trajecten grondig te herzien. In de eerste plaats is van belang dat daarbij rekening wordt gehouden met het feit dat de indicatiestelling op lichtere zorg betrekking heeft. In de tweede plaats moeten de indicatiestellinginstrumenten aansluiten bij andere instrumenten die binnen de betreffende organisaties worden gebruikt, i.c. gevangeniswezen en de drie reclasseringsorganisaties.

*Ten aanzien van alle trajecten*

### **Aanbeveling 10**

Het verdient aanbeveling een streeftermijn te formuleren waarbinnen zorgtoeleiding en opname gerealiseerd dient te zijn. *Monitor* vervolgens alle geïndiceerde zorgtrajecten, zodat informatie beschikbaar komt over doorlooptijden, hoe vaak afgeweken wordt van geïndiceerde zorgtrajecten, en de beschikbaarheid van ketencontracten tussen partijen.<sup>2</sup>

*Plaatsing*

### **Aanbeveling 11**

Om de cliënten op tijd op de juiste zorgplek te krijgen is het van belang dat de verschillende klinieken, zorginstellingen, GGZ-voorzieningen en ambu-

Noot 2 Vergelijk H. Verburg, L. Josée & S. Roosjen, *Indicatiestellinginstrument Forensische Zorg. Format en toelichting voor de wijze van indicatie van beveiliging en zorg*. Utrecht: Trimbos-instituut, Capgemini, NIFP, 29 november 2007, p. 23.

lante begeleidingsprogramma's hun aanbod, zorgprogramma's, werkwijze, opnamecriteria, indicaties en contra-indicaties, duidelijk beschrijven en publiceren.

### **Aanbeveling 12**

Het verdient aanbeveling om de bezwaarprocedure die thans vermeld staat op de toewijzingsbesluiten te verlengen met ten minste twee weken. Daarnaast is van belang dat, voordat een formele bezwaarprocedure wordt gestart, de betrokkenen trachten eventuele problemen rondom plaatsingen via onderling informeel overleg op te lossen.

*Een beknopt en helder voorblad*

### **Aanbeveling 13**

Als we rekening houden met de knelpunten die indicatiestellers, officieren van justitie en rechters ervaren, en als we rekening houden met de diverse onderdelen die zorgaanbieders missen, dan verdient het overweging voor alle trajecten te laten gelden bij de indicatie één A-4tje te voegen met de volgende informatie:

- Het accent waarop de zorg in het beoogde aanbod moet liggen (aard problematiek leidend tot plaatsing, bij voorbeeld persoonlijkheidsstoornissen).
- Het gewenste niveau van beveiliging/toezicht (geen/poliklinisch/ambulant tot en met FPK).
- De gewenste intensiteit van zorg (van ambulant/poliklinisch, ambulante woonbegeleiding, beschermd wonen enzovoorts tot en met FPK/TBS-kliniek).
- De gewenste instelling die het zorgaanbod moet leveren; eventueel daarbij: de namen van zorginstellingen die eveneens geschikte zorg en beveiliging kunnen leveren.
- De opnamedatum.
- Een prognose van de maximale duur van de beoogde forensische zorg (minder dan 3 maanden, tussen 3 en 6 maanden, tussen 6 maanden en een jaar, tussen 1 en 2 jaar, meer dan 2 jaar).
- De strafrechtelijke titel en het VIP-nummer, en ten slotte:
- De somatische gegevens van de justitiabelen om wie het gaat.

*Effectmeting*

### **Aanbeveling 14**

Toets na verloop van tijd de wijzigingen op het gebied van de vernieuwing indicatiestelling en plaatsingsprocessen forensische zorg op effectiviteit. Het kan hierbij het beste gaan om wetenschappelijk verantwoord praktijkonderzoek, waarbij een procesevaluatie en een effectmeting worden gedaan.

# 1 Vernieuwing forensische zorg

## 1.1 Aanleiding

Een kwalitatief hoogwaardige indicatiestelling en een effectieve forensische zorg leveren een bijdrage aan de reductie van recidive en de verhoging van de veiligheid in de samenleving. Tijdens en na afloop van de tenuitvoerlegging van een sanctie of strafrechtelijke maatregel kunnen justitiabelen geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg of verstandelijk gehandicaptenzorg nodig hebben. Dit vereist een naadloze aansluiting tussen justitie en het zorgsysteem. Het kabinet heeft om die reden in 2005 besloten het budget voor forensische zorg uit de AWBZ over te hevelen naar justitie. Onderdelen van het zorgsysteem zijn in de justitiële organisatie geïntroduceerd, zoals zorginkoop, zorgtoewijzing, levering van de zorg en financiering door middel van de in de GGZ in ontwikkeling zijnde bekostigingssystematiek. Tot 1 januari 2007 viel de verantwoordelijkheid voor inkoop, indicatiestelling en toewijzing van forensisch psychiatrische zorg onder de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

In oktober 2006 is in het plan van aanpak TBS/motie Van de Beeten geconstateerd dat uitvoering van dit kabinetsstandpunt tot een andere plaatsingssystematiek leidt. Om meer samenhang tussen gevangeniswezen en zorgvoorzieningen te bewerkstelligen zijn nieuwe vormen van indiceren voor forensische zorg ontwikkeld. Om de inkoop en plaatsing van forensische zorg goed uit te kunnen voeren, is de sectordirectie TBS van de Dienst Justitiële Inrichtingen van het Ministerie van Justitie omgevormd tot de Directie Forensische Zorg (DForZo). Deze inkoopfunctie van het ministerie is in januari 2009 definitief gerealiseerd. De zorgaanbieders registreren sinds januari 2008 volgens het nieuwe bekostigingsmodel (DBBC, diagnose behandelings- en beveiligingscombinaties). Vanaf 2009 koopt DForZo op basis van dit nieuwe model de zorg in – als duidelijk is welke beveiliging-zorgcombinaties justitiabelen in een strafrechtelijk kader nodig hebben. Het is de bedoeling dat snellere plaatsing mogelijk wordt.

De plaatsing dient te geschieden op basis van een onafhankelijke en op het individu toegesneden indicatiestelling, waarbij de benodigde plaatsen worden ingekocht door de inkooporganisatie van het ministerie. De indicatiestelling dient voldoende informatie te bevatten voor de afdeling plaatsing van DForZo (inzake de zwaardere zorgtrajecten) en de reclassering (inzake de lichtere trajecten) om op grond daarvan tot plaatsing van justitiabelen over te gaan – zonder overlegging van verdere onderliggende bronnen en rapporten.<sup>3</sup> Bedoeling van deze vernieuwing is dat op deze wijze alle justitiabelen de zorg en de beveiliging kunnen krijgen die ze nodig hebben. Dat lijkt vanzelfsprekend, maar is in de praktijk anders. De kans dat gedetineerden de zorg krijgen die ze nodig hebben, is volgens de reclassering vijftig procent kleiner dan bij andere inwoners van Nederland.<sup>4</sup>

Noot 3 Memo Petra Steinmann & Edo Brommet, Indiciestellingsadvies en –besluit ten behoeve van pilots indicatiestelling. Den Haag: Ministerie van Justitie, 8 oktober 2008, p. 3.

Noot 4 Thees Gernler, Renée Liekens & Ilonka Verkade, Hart en recht. Den Haag: GGZ Reclassering Parnassia, juni 2007, p. 3.

## 1.2 Evaluatie door DSP-groep

Het Ministerie van Justitie heeft DSP-groep opdracht gegeven de toepassing van de nieuwe indicatiestellinginstrumenten te evalueren en te onderzoeken op bruikbaarheid en kwaliteit in de praktijk. Met behulp van de resultaten van de evaluatie kunnen de (organisatorische) randvoorwaarden van het gebruik van de instrumenten verder worden vormgegeven, zodat besluitvorming over landelijke implementatie van de indicatiestelling mogelijk is. De evaluatie is derhalve onderdeel van een ontwikkeltraject dat onder politieke druk en tijdsdruk staat. De evaluatie dient de doelmatigheid, het gebruik, de bruikbaarheid en kwaliteit van de indicatiestellinginstrumenten en het proces in beeld te brengen, zodat waar nodig het beleidskader en de organisatorische randvoorwaarden voor het werken met de instrumenten verbeterd kunnen worden.

## 1.3 Leeswijzer

Dit eerste hoofdstuk ging kort in op de voorgeschiedenis van de nieuwe manier van indicatiestelling forensische zorg. In het nu volgende hoofdstuk 2 beschrijven we de nieuwe werkwijze, het beleidskader en de pilots waarin de nieuwe manier van indiceren worden uitgetest. Hoofdstuk 3 gaat nader in op de opzet van het evaluatieonderzoek van DSP-groep en de vragen die centraal staan in het onderhavige rapport. In hoofdstuk 4 en 5 worden de onderzoeksbevindingen beschreven en ervaringen van de betrokken professionals gedurende de testfase van het NIFP en de SVG – die leiden tot een klinisch zorgtraject. We geven hierin een beeld van de doorlooptijden van de trajecten en de afnameduur van de instrumenten. Daarnaast beschrijven we de oordelen, moeilijkheden en meningen van indicatiestellers, en die van hun ketenpartners over de instrumenten en het indicatiestellingsproces. Hoofdstuk 6 gaat over de inhoud, praktijken en ervaringen van indicatiestellers met betrekking tot lichtere, ambulante trajecten. Het gaat in dit hoofdstuk om de pilot vanuit het gevangeniswezen en de pilot vanuit de drie reclasseringsorganisaties. Ook hun ketenpartners komen in dit hoofdstuk aan het woord – zodat we iets te weten komen van hun meningen over de bruikbaarheid van de nieuwe wijze van indiceren. In hoofdstuk 7 zetten we onze conclusies op een rij en formuleren we enkele aanbevelingen.

## 2 De nieuwe manier van indiceren

### 2.1 Instrumentontwikkeling

In 2007 heeft een taakgroep van het Ministerie van Justitie gewerkt aan de totstandkoming van een indicatiestelling waarbij de behoeften van de justitiabelen centraal staan. Twee producten zijn ontwikkeld, te weten het Beleidskader Indiciestelling Forensische Zorg en het Indiciestellinginstrument Forensische Zorg. Dit indicatiestellinginstrument wordt in de praktijk 'het format' genoemd.

In opdracht van het ministerie heeft het Centrum Indiciestelling Zorg (CIZ) in het najaar van 2008 het instrument aangevuld met een prototype wegingskader indicatiestelling. Daarnaast heeft het CIZ een eerste concept ontwikkeld voor in pilots uit te testen formulieren en modellen indicatiestellingadvies en indicatiestellingbesluit. In verband met de informatie die nodig is voor de afdeling inkoop en plaatsing van DJI/DForZo van het Ministerie van Justitie en de aansluiting op de DBBC-systematiek, zijn deze conceptformulieren verder ontwikkeld door vertegenwoordigers van verschillende betrokken instanties van het Ministerie van Justitie en indicerende organisaties die de nieuwe werkwijze en instrumenten zullen uitproberen. Dit heeft begin oktober 2008 geleid tot vaststelling van de modellen indicatieadvies en indicatiebesluit ten behoeve van de pilots VFZ/KRI – Vernieuwing Forensische Zorg / Kaders en Randvoorwaarden Indiciestelling.

Hoofddoel van het wegingskader, het format indicatiestelling en van de modellen indicatieadvies en -besluit is bewerkstelling van uniformiteit in de indicatiestelling forensische zorg. Het is de bedoeling dat op 1 januari 2010 het indicatiestellinginstrumentarium helemaal af zal zijn en landelijk ingevoerd.

De definitieve werkwijze en instrumenten zullen worden gebruikt door het NIFP, door de reclassering en door het gevangeniswezen. Binnen het gevangeniswezen zal dit gebeuren bij justitiabelen die een vrijheidsstraf opgelegd hebben gekregen zonder zorgvoorwaarden als tijdens hun detentie of toezicht blijkt dat zij kampen met psychische stoornissen en geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg of verstandelijk gehandicaptenzorg nodig hebben. Zorg die de mogelijkheden van de basiszorg in de inrichting overstijgt.

Besloten is de verschillende instrumenten in verschillende pilots uit te testen. Op basis van het evaluatieonderzoek van DSP-groep naar de ervaringen met de modellen en instrumenten gedurende de pilots kunnen zij eventueel worden herzien.

### 2.2 Klinische en ambulante trajecten

Het ministerie maakt onderscheid tussen 'ambulante' indicatietrajecten – meestal voor lichtere, enkelvoudige zorgvragen en zorgbehoeftes van justitiabelen – en 'klinische' trajecten – meestal voor zwaardere, langer durende en meervoudige zorgbehoeften met een gemiddeld tot hoog beveiligingsniveau. De reclassering en het psychomedisch overleg van het gevangeniswezen indiceren de lichtere zorgtrajecten. Medewerkers van de Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) indiceren naast ambulante trajecten ook voor niet-forensische klinische verslavingszorg. Regelmatig gaat het dan om verslaafde 'draaideurcriminelen' die veelvuldig vermogenscriminaliteit plegen en om die reden een ISD-maatregel opgelegd hebben gekregen. De SVG kan dan niet-forensische klinische zorg indiceren.

De forensische of reguliere klinische trajecten worden gedurende de testfase verzorgd door indicatiestellers werkzaam bij het NIFP, het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie. Het NIFP heeft hiertoe in de vijf ressorten voor de huidige situatie, voor het overgangsregime, zogenoemde coördinatoren indicatiestelling forensische zorg aangesteld. Deze indicatiestellers zijn verantwoordelijk voor de voorbereiding van de indicatiestelling en de zorgtoeleiding. Het is de bedoeling dat in het nieuwe stelsel het NIFP een coördinerende en regisserende rol krijgt, om te zorgen voor de nodige samenhang, afstemming en kwaliteit in het geheel van de indicatiestelling.

### 2.3 De drie pilots

Vanaf het najaar van 2008 is de bruikbaarheid van de modellen indicatieadvies en -besluit forensische zorg, de verschillende formats indicatiestelling en het wegingskader op verschillende pilotlocaties uitgetest.<sup>5</sup> Doel van de testfase is toetsing met het oog op landelijke implementatie.

Indicatiestellers die meedoen aan de pilots zijn medewerkers van het NIFP Arnhem, psychologen en psychiaters die lid zijn van het psychomedisch overleg in PI Havenstraat Amsterdam en PI Nieuwegein, en reclasseringswerkers met een adviesfunctie in dienst van een van de drie reclasseringsorganisaties in Arnhem en Eindhoven. Indicatiestellers werkzaam bij de Stichting Verslavingsreclassering GGZ doen gedurende de testfase zowel indicaties voor ambulante zorg als voor niet-forensische klinische zorg. De SVG-instellingen die betrokken zijn bij de pilot klinische trajecten zijn Iriszorg in Arnhem, Palier in Leiden en Den Haag, en de Jellinek in Amsterdam (Arkin).<sup>6</sup>

#### De indicerende organisaties

**De nieuwe manier van indiceren wordt sinds 13 oktober 2008 uitgetest door het NIFP Arnhem, met circa negen indicatiestellingen per week, en vanaf 29 september 2008 door de penitentiaire inrichtingen Havenstraat, met waarschijnlijk in de nabije toekomst circa drie indicaties per week, en Nieuwegein - met waarschijnlijk zes indicaties per week. Vanaf november 2008 wordt de nieuwe werkwijze uitgetest door Reclassering Nederland en het Leger des Heils Jeugdzorg en Reclassering in Arnhem en Eindhoven. De Stichting Verslavingsreclassering GGZ is begin oktober 2008 gestart met de pilot bij de Jellinek in Amsterdam en bij Palier in Den Haag en Leiden. Medio november 2008 zijn SVG-reclasseringswerkers bij Iriszorg te Arnhem gestart met de testfase indicatiestelling voor forensische zorg.**

### 2.4 Vraaggerichte zorg

Vóór definitieve invoering van de nieuwe werkwijze kunnen verschillende strafrechtelijke titels wel een verplichting opleveren voor veroordeelden om zich te laten opnemen (zie bijlage 2), maar bieden zij onvoldoende basis voor zorginkoop, zorgtoewijzing en levering van zorg. In de 'oude' situatie die tot op heden voortduurt,

Noot 5 Met bruikbaarheid wordt bedoeld of met behulp van de verschillende instrumenten de zorgbehoefte en het beveiligingsniveau dat de betrokken justitiabelen nodig hebben goed ingeschat kunnen worden.

Noot 6 Arkin is anno 2008 ontstaan uit een fusie tussen JellinekMentrum en AMC de Meren. De namen AMC de Meren, de Jellinek en Mentrum blijven behouden. Arkin is de overkoepelende naam.

komt het niet zelden voor dat justitiewerkers met psychiatrische patiënten en andere justitiabelen die dringend zorg nodig hebben moeten leuren bij instellingen voor een geschikte behandelplaats, om patiënten die dringend zorg nodig hebben behandeld te krijgen. Ook om die reden is in het kader van het project *Vernieuwing Forensische Zorg in een strafrechtelijk kader* gewerkt aan de invoering van de nieuwe wijze van indicatiestelling forensische zorg die in de genoemde pilots wordt uitgetest. Het is de bedoeling dat de acceptatieplicht van zorgaanbieders die wel al bestaat voor TBS-gestelden met dwangverpleging en artikel 37 Sr-patiënten zal worden uitgebreid naar andere categorieën justitiabelen die forensische zorg behoeven.<sup>7</sup> Bij de overige strafrechtelijke titels zal plaatsing en behandeling worden gegarandeerd aan de hand van artikel 6.1.4 bij zorgaanbieders waarmee het ministerie een inkoopcontract heeft afgesloten.<sup>8</sup>

## 2.5 Eisen en uitgangspunten

Met de invoering van de indicatiestelling forensische zorg beoogt het Ministerie van Justitie een goed en bruikbaar systeem in te voeren aan de hand waarvan kan worden bepaald welke kortdurende of langer durende zorg en beveiliging justitiabelen nodig hebben. Het ministerie heeft hiertoe de volgende kwaliteitseisen en uitgangspunten geformuleerd met betrekking tot die nieuwe manier van indiceren.<sup>9</sup>

### Onafhankelijk

Allereerst dient de indicatiestelling *onafhankelijk* van zorginkopers en zorgaanbieders voorafgaand aan het zorgtraject plaats te vinden. Hiermee wordt bedoeld dat de indicatiestelling wordt uitgevoerd door professionals die geen belangen of verbandingen hebben met de uitvoering en bekostiging van forensische zorg.

### Aansluiting bij DBBC-systematiek

De indicaties dienen de basis te vormen van de levering en bekostiging van de zorg. De indicatiestelling dient niet alleen onafhankelijk van het zorgaanbod, maar ook onafhankelijk van het inkoopbureau van justitie te geschieden. Hierbij zij vermeld dat de indicatiestelling wel dient te leiden tot een 'zorgproduct', een DBBC-productgroep, met behulp waarvan de inkoopafdeling van de forensische zorg contractafspraken kan maken met zorgaanbieders. De indicatiestelling dient derhalve aan te sluiten op de DBBC-systematiek. De DBBC-systematiek in de categorie A van de modellen advies en besluit sluit aan op de DSM-IV indeling. Ook in de meeste pro justitia rapportages – die indicatiestellers gebruiken om een juiste indicatie te kunnen stellen – wordt een DSM-IV diagnose gegeven.<sup>10</sup>

Noot 7 Zie Plan van aanpak tbs en forensische zorg in strafrechtelijk kader. Den Haag: Ministerie van Justitie, 10 oktober 2006, alsmede de reactie van GGZ Nederland op het plan van aanpak, d.d. 23 oktober 2006.

Noot 8 Wim Vernes, hoofd afdeling Plaatsing Forensische Zorg, Forensische zorg in een strafrechtelijk kader. Plaatsingsbeleid en de Wet Forensische Zorg, 1 juli 2008. Zie: [www.dji.nl/inrichtingen/ip/uploads/080916141448/Presentatie%20Plaatsing%201%20juli%202008.ppt](http://www.dji.nl/inrichtingen/ip/uploads/080916141448/Presentatie%20Plaatsing%201%20juli%202008.ppt)

Noot 9 Beleidskader indicatiestelling forensisch psychiatrische zorg. Den Haag: Ministerie van Justitie, Vernieuwing Forensische Zorg, 13 december 2007; Plan van aanpak deelproject Kaders en Randvoorwaarden Indicatiestelling (VFZ/KRI), april 2008.

Noot 10 DSM staat voor Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders - het internationaal diagnostische systeem en handboek voor psychiatrische stoornissen. Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw maken psychiaters in Nederland voor de vaststelling van de symptomatologie gebruik van indelingen van psychiatrische stoornissen, ongeveer zoals die verwoord worden in de DSM. In dit handboek hebben Ameri-



In verband met de lichtere, ambulante trajecten is daarnaast een aparte categorie B naast de DBBC-categorieën in de modellen advies en besluit IFZ opgenomen.<sup>11</sup> De DBBC's voor de forensische zorg hebben een breder doel dan alleen bekostigingsinstrument. De indicaties moeten leiden tot DBBC-productgroepen, zodat duidelijk wordt welke zorgproducten nodig zijn. De benodigde zorgproducten fungeren voor de inkooporganisatie van het Ministerie van Justitie als input om met zorgaanbieders afspraken te maken over het aanbod van zorg en beveiliging. Deze afspraken worden in contracten vastgelegd. Op basis van deze contracten kan zorgtoeleiding en plaatsing van patiënten worden gerealiseerd. De kosten voor de ambulante of klinische forensische zorg zijn voor rekening van het ministerie – mits een overeenkomst is gesloten tussen het ministerie en de betreffende zorgaanbieder.

Naast onafhankelijkheid en aansluiting bij de DBBC-systematiek hecht het ministerie veel waarde aan de kwaliteitscriteria deskundigheid, uniformiteit en integraliteit, bruikbaarheid, tijdigheid en efficiëntie.

### **Deskundig**

Deskundige indicatiestellers beschikken over verschillende vaardigheden en competenties op de gebieden van zorg- en beveiligingsindicering. Zij beschikken over de benodigde gedragkundigheid, deskundigheid op het gebied van psychische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen, verslavingsproblematiek, verstandelijke beperkingen en de zorg voor gedegen toezicht. Vereist is daarnaast bekendheid met de diverse behandelmogelijkheden, begeleidingsvormen en specialistische forensische zorgfuncties. Bovendien dienen indicatiestellers te beschikken over gedegen kennis van de strafrechtspraktijk, justitiële inrichtingen, verstandelijk gehandicaptenzorg. En *last but not least* moeten zij het niveau van beveiliging dat een justitiabele nodig heeft goed kunnen inschatten. Indiciestellers dienen derhalve tevens te beschikken over kennis en ervaring op het gebied van signaleren, risicotaxatie, toezicht en delictpreventie.

### **Uniform, integraal en bruikbaar**

In verband met de kwaliteitseisen *uniformiteit* en *integraliteit* is het van belang dat de indicatiestellers gebruik maken van de landelijk vastgestelde indicatiestellinginstrumenten en dat alle relevante aspecten om de aard en intensiteit van de zorgbehoefte en de beveiligingsnoodzaak te kunnen bepalen aan de orde komen in de beoordeling van de psychiatrische stoornis, verslaving en verstandelijke handicap. Instrumenten worden bruikbaar genoemd als ze een goede bijdrage leveren aan een goede inschatting van de zorgbehoefte en het beveiligingsniveau dat justitiabelen nodig hebben.

---

kaanse psychiaters volgens vaste criteria een indeling gemaakt van de verschillende categorieën psychiatrische stoornissen.

Noot 11 Vergelijk Petra Steinmann & Edo Brommet, Memo Indiciestellingadvies en -besluit t.b.v. pilots indicatiestelling, 8 oktober 2008, p.5. Omdat reclasseringswerkers geen uitspraken kunnen en mogen doen in termen van DSM-IV wordt er met het veld nog overleg gevoerd over het onderdeel aansluiting bij de DBBC-systematiek.

## Tijdig en efficiënt

Een indicatiestelling is *tijdig* en *efficiënt* indien de organisatie en uitvoering aansluit bij de tijdsplanning van de strafrechtelijke procedures. Met andere woorden: het is niet de bedoeling dat de uitvoering en de afronding van de nieuwe manier van indiceren negatieve gevolgen hebben voor de doorlooptijden in het strafproces en de strafrechtsketen.

## 2.6 De instrumenten

Het instrumentarium dat wordt gebruikt en geëvalueerd, bestaat gedurende de testfase uit drie onderdelen:

- a Per type indicerende organisatie verschillende formats indicatiestelling die gebaseerd zijn op het format indicatiestelling van november 2007.
- b Het door CIZ ontwikkelde wegingskader.
- c De modellen advies en besluit IFZ van het ministerie van justitie van 8 oktober 2008.

### Ad a Het format indicatiestelling

Het format indicatiestelling is ontwikkeld door medewerkers van het NIFP, het Trimbos-Instituut en Capgemini.<sup>12</sup> Doel van het instrument was op uniforme wijze en vraaggericht forensisch psychiatrische zorg, verslavingszorg en zorg aan verstandelijk gehandicapten en beveiliging in een strafrechtelijk kader te kunnen indiceren – door medewerkers van het NIFP, de reclassering en door indicatiestellers die werkzaam zijn voor gedetineerden die extra zorg nodig hebben en waarbij de rechter geen nadere voorwaarden heeft gesteld ten aanzien van forensische zorg. Het instrument kan worden ingezet in verschillende fasen van het strafproces – voor indicering van kortdurende of langer durende klinische en ambulante zorg, alsmede forensische zorg die gegeven kan worden aan patiënten in penitentiaire inrichtingen. Gedurende de verschillende pilots is het format indicatiestelling gebruikt als een formulier waarop gegevens worden verzameld die van belang zijn om te kunnen komen tot een indicatiestelling (zie bijlage 5).

### Ad b Het wegingskader

Het wegingskader is eveneens onderdeel van het indicatiestellinginstrumentarium.<sup>13</sup> Indiciestellers maken verschillende afwegingen als zij de zorg- en beveiligingsvraag van justitiabelen beoordelen. Met behulp van het wegingskader kan op uniforme wijze de intensiteit van het verblijf, de mate van beveiliging en de aard van de behandeling worden vastgesteld. Het wegingskader is een instrument ten behoeve van de oordeelsvorming van de indicatiesteller en voor de onderbouwing van het geïndiceerde zorg- en beveiligingsniveau. In een matrix kunnen alle relevante factoren voor de beoordeling worden samengebracht. Voorbeelden van clusters van factoren/normen voor de beoordeling van de verblijfsintensiteit, het beveiligingsniveau en de aard van de behandeling: de psychiatrische stoornis/diagnose, risico-

Noot 12 H. Verburg, L. Josée & S. Roosjen, Indiciestellinginstrument Forensische Zorg. Format en toelichting voor de wijze van indicatie van beveiliging en zorg. Utrecht: Trimbos-instituut, Capgemini, NIFP, 29 november 2007.

Noot 13 Centrum Indiciestelling Zorg (CIZ), Beknopte uitleg bij het prototype wegingskader voor de indicatiestelling forensische zorg, september 2008.

analyse, vlucht- en recidivegevaar, individuele gedragskenmerken, aard van het delictgedrag, justitiële randvoorwaarden (bij voorbeeld maatschappelijke onrust rond delict, strafrechtelijke titel en restant strafmaat); sociaal-maatschappelijke factoren die van belang zijn voor inschatting van de kans op recidive en de aanpak tijdens behandeling.

De indicatiestellers scoren de relevantie van de items en de effecten daarvan op de verblijfsintensiteit, het beveiligingsniveau en de aard van de behandeling. Bij de aard van de behandeling wordt onderscheid gemaakt tussen begeleiding, diagnostiek en behandeling. De uitkomst van het wegingskader kan zijn:

- Aard behandeling: begeleiding of dagbesteding (score 1), diagnostiek (score 2) en behandeling (score 3).
- Verblijfsintensiteit: ambulante (0), laag (1), gemiddeld (2) en hoog (3).
- Beveiligingsniveau: geen (0), laag (1), gemiddeld (2), hoog (3), zeer hoog (4).

Weergave hiervan vindt plaats in een wegingsmatrix (zie bijlage 6). Een hoge score in de categorie risicoanalyse bij voorbeeld, verwijst over het algemeen naar een hoge mate van beveiliging.

### **Ad c De modellen indicatieadvies en -besluit**

De uitkomst van de indicatiestelling wordt vastgelegd op formulieren met het advies of het besluit. Hiertoe heeft het ministerie de modellen indicatieadvies en indicatiebesluit ontwikkeld – om aan te geven welke combinatie van zorg en beveiliging is geïndiceerd. Invulling van het model indicatieadvies of –besluit is het sluitstuk van de indicatie. De modellen bevatten de noodzakelijke informatie voor DForZo van het Ministerie van Justitie om tot plaatsing van justitiabelen over te kunnen gaan zonder overlegging van onderliggende bronnen. Omdat het Ministerie gekozen heeft voor financiering op basis van diagnose behandel en beveiliging combinaties (DBBC) dient het vernieuwde indicatiestellinginstrumentarium daarop aan te sluiten.

Voor de lichte, ambulante trajecten is in de modellen advies en besluit de categorie B toegevoegd (zie bijlage 7). Reclasseringswerkers schatten namelijk gedragsproblemen in en geen stoornissen. Categorie B is gebaseerd op de RISc. RISc staat voor Recidive Inschattings Schalen. RISc is een instrument voor risicotaxatie dat de reclassering gebruikt om rechters en het Openbaar Ministerie te laten weten wat het risico op recidive is. Met behulp van RISc adviseren reclasseringswerkers bepaalde strafrechtelijke interventies die passen bij de verdachten. Met dit diagnose-instrument laat de reclassering zien op welke leefgebieden sprake is van bijzondere criminogene problemen, zoals drugsgebruik, gebrek aan opleiding en werkervaring, schulden of gebrekkige cognitieve en probleemoplossende vermogens.

De DBBC-systematiek en de categorie A van de modellen advies en besluit sluiten echter niet aan op de RISc, maar op de DSM-IV indeling. In verband met de lichte, ambulante trajecten is derhalve in de modellen advies en besluit IFZ een aparte categorie B gevoegd, naast de DBBC-categorieën A.

Vanaf medio oktober 2008 zijn de verschillende indicerende organisaties begonnen met de testfase. Ketenpartners komen vanaf die tijd met de instrumenten in aanraking. Ook over de bruikbaarheid van de modellen advies en besluit wil het ministerie door middel van het DSP-onderzoek meer weten. Wanneer de organisaties het eens zijn over de inhoud van de modellen advies en besluit, en als die als bruikbaar worden beschouwd door de ketenpartners, dan kunnen het format en het wegingskader worden aangepast.<sup>14</sup>

Noot 14 Mondelinge mededeling projectleider Petra Steinmann tijdens vergadering klankbordgroep evaluatie-onderzoek d.d. 20 november 2008.

Bij de nieuwe manier van indiceren die is uitgetest door de vijf indicerende organisaties zijn, zoals vermeld, verschillende ketenpartners betrokken – die ook allemaal eigen werkwijzen hebben. Bedoeling van het ministerie is om met behulp van de opgedane kennis en ervaringen gedurende de pilots en de uitkomsten van het evaluatieonderzoek het gebruik en de inhoud van het nieuwe instrumentarium, en dan met name die van de modellen indicatiestellingadvies en indicatiestellingbesluit, nader te beschouwen en te bezien op welke wijze de indicatiestelling kan worden verbeterd. Op deze wijze kunnen de nieuwe instrumenten verder vorm krijgen en kan een beslissing worden genomen over landelijke implementatie van de indicatiestelling van lichtere 'ambulante' trajecten en van de klinische, zwaardere trajecten forensische zorg.

## 3 Onderzoeksdesign DSP-groep

### 3.1 Doel en probleemstelling

Doel van de uitgevoerde evaluatie is inzicht krijgen in de bruikbaarheid en kwaliteit van de indicatiestellinginstrumenten, inclusief het wegingskader en de bijbehorende manieren van werken door de verschillende indicatiestellers gedurende de testfase. Om dit te kunnen beoordelen, bestaat de probleemstelling van het onderzoek uit de volgende vragen:

- 1 In hoeverre voldoet de indicatiestelling in de testfase aan de kwaliteitseisen van onafhankelijkheid, deskundigheid, integraliteit, tijdigheid en efficiëntie?
- 2 Zijn de indicatiestellinginstrumenten, inclusief het wegingskader, voor de verschillende indicatiestellers in de praktijk goed bruikbaar? Biedt het wegingskader voldoende handvatten om goed zicht te krijgen op de zorgbehoefte van de justitiabele? Biedt het wegingskader voldoende handvatten om goed zicht te krijgen op de aard en intensiteit van forensische zorg en beveiliging die de justitiabele nodig heeft?
- 3 Vinden de ketenpartners, de afnemers van de indicatiestellingadviezen en -besluiten (OM, ZM, DJI/DForZo, zorgaanbieders) de nieuwe wijze van indiceren en de opstelling van het indicatiestellingadvies of -besluit goed bruikbaar? Welke knelpunten doen zich voor als gevolg van de nieuwe werkwijze?
- 4 Welke conclusies kunnen worden geformuleerd en welke aanbevelingen met betrekking tot de verdere ontwikkeling van het instrumentarium, het beleidskader en overige randvoorwaarden?

### 3.2 Onderzoeksvragen

De opdrachtgever van het onderzoek, het Ministerie van Justitie, heeft DSP-groep eind oktober 2008 verzocht de evaluatie te concentreren op de ervaringen van de indicatiestellers met het instrumentarium en het wegingskader en de oordelen van ketenpartners, de afnemers van de indicaties, over de modellen indicatie-advies en -besluit van 8 oktober 2008.

Onderzoeksvragen van het ministerie zijn:

- Wat zijn de ervaringen van de indicatiestellers met het format van november 2007 en het wegingskader, met het werk dat zij doen om te komen tot invulling van de modellen met het indicatieadvies en -besluit. Sluit het format en het wegingskader aan bij de modellen advies en besluit van 8 oktober 2008?
- Kunnen de afnemers van de indicatiestellingen - de ketenpartners - uit de voeten met de modellen en de inhoud van afgegeven indicaties? Zijn ze volgens de afnemers goed bruikbaar?

- Tegen welke problemen lopen indicatiestellers en hun ketenpartners aan? Welke oplossingen zien zij hiervoor, hebben zij hiervoor gevonden?
- Welke onderdelen in het wegingskader en het format kunnen volgens de indicatiestellers eventueel worden verwijderd?
- Welke delen in de modellen met het indicatieadvies of -besluit kunnen volgens de ketenpartners anders, beter of verwijderd worden?

Bij de bruikbaarheid van het instrumentarium gaat het om de gebruiksvriendelijkheid ervan en het goed kunnen inschatten van de zorgbehoefte van de cliënt en het benodigde beveiligingsniveau. Let wel: het gaat in het onderhavige evaluatieonderzoek *niet* om bruikbaarheid in de zin van validiteit en betrouwbaarheid van het nieuwe indicatiestellinginstrumentarium.

Op basis van de eerste bevindingen van het DSP-onderzoek hebben opdrachtgever en klankbordgroep (een groep deskundigen, geformeerd ten behoeve van de begeleiding van de evaluatie, zie 3.5) besloten extra aandacht te besteden aan de *klinische* trajecten geïndiceerd vanuit de pilots NIFP en SVG – aan de doorlooptijden en aan de speciale positie van de SVG.

### Toelichting

- Het spreekt vanzelf dat de nieuwe wijze van indiceren geen vertragend effect mag hebben op de doorlooptijden. Daarom is besloten dat DSP-groep de geïndiceerde klinische zorgtrajecten nader op dit gebied analyseert. We hebben hier toe dertig toelichtingen naar klinische zorg vanuit de pilot NIFP kunnen onderzoeken, en twintig vanuit de pilot SVG (niet-forensisch klinisch). We hebben geprobeerd informatie boven tafel te krijgen over de doorlooptijden en de factoren die hierop van invloed zijn. Met als onderzoeksbronnen: de betrokken professionals - indicatiestellers en ketenpartners - registratie en evaluatiekaarten NIFP, registratie en evaluatiekaarten SVG niet forensisch klinisch, de registratie van DForZo en - indien noodzakelijk - de informatie van zorgaanbieders.

#### *Niet-forensische klinische verslavingstrajecten*

- Patiënten die niet-forensische, klinische verslavingszorg nodig hebben, zijn gedurende de testfase ingedeeld bij de pilot SVG. Niet-forensisch klinisch betekent dat zij volgens de indicatiestellers de zorg nodig hebben die wordt geboden in een klinische instelling waar het beveiligingsniveau niet zo hoog is als die van forensisch klinische instellingen. In verband met hun specifieke kennis en netwerken van verslavingsartsen en gedragsdeskundigen heeft de SVG in dit verband de verantwoordelijkheid voor de diagnostiek en indicatiestelling – en niet het NIFP. Indien de door de SVG ingeschakelde BIG-geregistreerde professional echter forensisch klinische zorg adviseert, bij voorbeeld in een forensische verslavingskliniek of forensische verslavingsafdeling, dan draagt de SVG het dossier over aan het NIFP en geeft het NIFP een indicatie af. DSP-groep heeft onderzocht wat de voor- en nadelen zijn van de in de testfase toegestane uitzonderingspositie van de SVG ten aanzien van deze trajecten en in hoeverre deze situatie tegemoet komt aan de doelen van het beleidsprogramma Vernieuwing Forensische Zorg. De evaluatie heeft informatie opgeleverd die gebruikt kan worden bij de besluitvorming over de wenselijkheid en werkbaarheid van deze uitzonderingspositie voor de periode na de testfase.

Nader onderzoek is derhalve uitgevoerd naar de indicaties van SVG voor niet-forensische klinische verslavingstrajecten. Vragen die centraal staan:

- Wat zijn de ervaringen van de 'niet-forensische klinische' SVG-indicatiestellers met de drie indicatie-instrumenten?
- Wijken de manieren van indiceren voor niet-forensische klinische verslavingstrajecten af van die voor klinische trajecten door het NIFP?
- Hoe worden de SVG-indicaties door afnemers beoordeeld, in vergelijking met de indicaties voor forensische klinische trajecten door het NIFP?
- Welke overeenkomsten en verschillen kunnen we bespeuren in de reacties en percepties van de ketenpartners?

### 3.3 Indicatiestellers en hun ketenpartners

Indicatiestellers en andere professionals werkzaam bij de verschillende in de inleiding genoemde indicerende organisaties vormden de belangrijkste bron van informatie voor de beantwoording van de onderzoeksvragen, en voor de aanlevering van geschikte respondenten/ketenpartners die we konden interviewen teneinde alle onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. De kwaliteit van het DSP-onderzoek was daarom afhankelijk van hun medewerking en de zorgvuldigheid waarmee de indicatiestellers hun informatie aanleverden. We hebben er voor gezorgd dat de indicatiestellers zowel schriftelijk als telefonisch en *face to face* goed werden geïnformeerd over de opzet en het belang van het onderzoek.

De informatie die we kregen van de ketenpartners (zoals zorgaanbieders, officieren van justitie, rechters) was eveneens van groot belang omdat zij vanuit een ander perspectief dan de indicatiestellers oordelen over het proces van indicatiestelling en de indicatiestellingadviezen en -besluiten. Wij beschouwen hen als afnemers van de producten van de indicatiestellers. Het is voorts van belang dat de indicatiestellers en de andere betrokken partijen bij de vernieuwingen op het gebied van de forensische zorg *feedback* krijgen van de afnemers van de indicatiestelling - voordat een en ander wordt geïmplementeerd.

### 3.4 Methoden van onderzoek

Om goed inzicht te krijgen in de bruikbaarheid en kwaliteit van het indicatiestelling-instrumentarium en -proces en de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, hebben we gebruik gemaakt van *documentanalyse*, analyse van door indicatiestellers ingevulde *evaluatiekaarten* met vragen over de afname en bruikbaarheid van het instrumentarium in concrete zaken, informele gesprekken en contacten via email met indicatiestellers die meededen aan de testfase, en *interviews met betrokken ketenpartners* – zoals zorgaanbieders, officieren van justitie en andere afnemers.

De onderzoeksvragen zijn nader uitgewerkt in de vragen die we stelden aan de verschillende indicatiestellers en ketenpartners (zie de bijlagen 3 en 4). De verschillende onderzoeksmethoden die we hebben gebruikt om de testfase te evalueren, lichten we hieronder kort toe.

## Documentanalyse

De nieuwe indicatiestellinginstrumenten, de informatie over en het beleid ten aanzien van de nieuwe manier van indiceren en de daarbinnen opererende professionals, organisaties en instanties zijn beschreven in verschillende documenten. Op grond van een gerichte bestudering van deze documenten hebben we een beknopte beschrijving gegeven van het indicatiestellinginstrument, het indicatiestellingproces, de beleidscontext en het wettelijk kader. Tijdens het onderzoek is op grond van de uitkomsten van de gesprekken en het andere onderzoeksmateriaal deze beschrijving genuanceerd en aangevuld.

## Evaluatiekaarten

We hebben de verschillende indicatiestellers die meededen aan de testfase gevraagd een evaluatiekaart per afgenomen indicatiestelling bij te houden. Hierop konden onder meer de tijdsduur die nodig was voor afname van de instrumenten en invulling van de formulieren en het wegingskader, specifieke knelpunten, valkuilen en geleerde lessen worden genoteerd. De indicatiestellers keken met behulp van de kaarten terug op hun manieren van werken. De kaarten werden verzonden per email naar een contactpersoon van de betreffende organisatie met het verzoek de kaart met begeleidend schrijven en uitleg door te sturen naar de indicatiestellers. De evaluatiekaarten zijn in mei en juni 2008 uitgezet bij het NIFP en in het najaar van 2008 bij de drie reclasseringsorganisaties en het gevangeniswezen. Vanuit de pilot SVG niet-forensisch klinisch zijn in de eerste maanden van 2009 evaluatiekaarten ingevuld. De evaluatiekaarten zijn derhalve vanaf half oktober 2008 tot en met mei 2009 door diverse indicatiestellers betrokken bij de testfase ingevuld.

## Informele gesprekken en interviews

Daarnaast is gebruik gemaakt van informeel overleg met de indicatiestellers – *face-to-face* gesprekken en overlegmomenten via de telefoon en email. Ook hierdoor zijn de gebruikservaringen met en oordelen over het instrumentarium en het indicatieproces geïnterviewd.

We hebben niet alleen gesproken met indicatiestellers maar ook met vertegenwoordigers van ketenpartners van de indicerende organisaties, over hun ervaringen met en oordelen over het indicatieproces, de instrumenten en de modellen en formulieren met de indicatiestelling, het advies en het besluit. Deze gesprekken zijn in verschillende tranches te verdelen: in telefonische interviews met ketenpartners betreffende de klinische NIFP-trajecten, interviews met ketenpartners van de SVG 'niet-forensisch klinisch', en interviews met ketenpartners betreffende de 'lichtere' ambulante trajecten. Deze gesprekken dienden de volgende doelen:

- Verkrijging van aanvullingen over gebruik en bruikbaarheid van de instrumenten en verduidelijking van ingevulde evaluatiekaarten (indicatiestellers).
- Aanvullende informatie-inwinning over de bruikbaarheid van de nieuwe instrumenten (ketenpartners).



Met de ketenpartners is gesproken over de bruikbaarheid, tijdigheid, het nut van de instrumenten, de betekenis en de onafhankelijkheid van de nieuwe manier van indiceren.

Het empirische onderzoek, verricht door DSP-groep, is uitgevoerd in de periode van oktober 2008 tot half mei 2009. Het onderhavige rapport geeft een verslag van onze bevindingen. In verband met de langere aanlooperperiode van de pilots zijn, anders dan aanvankelijk de bedoeling was, géén groepsbijeenkomsten gehouden met indicatiestellers en ketenpartners.

### **3.5 De rol van de klankbordgroep**

De klankbordgroep die voor het onderzoek is ingesteld, leverde een belangrijke bijdrage aan het verloop en de resultaten van het onderzoek. De leden leverden waardevol commentaar op de onderzoeksopzet, de evaluatiekaart, de interviewleidraad en de rapportages die in het kader van het onderzoek van DSP-groep zijn geschreven. Daarnaast fungeerden de leden als toegangspoort tot de medewerkers van de organisaties die zij vertegenwoordigen en gaven zij informatie van belang voor de uitvoering van het onderzoek. Afsproken werd bij voorbeeld dat namen en gegevens van te interviewen ketenpartners die geconfronteerd zijn met de nieuwe wijze van indiceren voor forensische zorg en het ruwe onderzoeksmateriaal ten behoeve van het doorlooptijdenonderzoek zouden worden geleverd door en via de leden van de klankbordgroep.

## 4 Klinische trajecten naar forensische zorg

### 4.1 De pilot NIFP Arnhem

De bruikbaarheid van het indicatiestellinginstrumentarium voor de klinische trajecten is getest door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, locatie Arnhem. Het NIFP Arnhem speelt een belangrijke rol in de indicatiestelling forensische zorg. Een medewerker van deze organisatie heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van de eerste versie van het indicatiestellinginstrument.

Vanaf januari 2008 kan alleen het NIFP in opdracht van de plaatsingscoördinator van DForZo toeleiden naar klinische voorzieningen.<sup>15</sup> Met uitzondering van de plaatsing van TBS-ers in de forensische psychiatrische centra, hetgeen de afdeling plaatsing van DForZo doet, en de toeleiding naar niet-forensische klinische verslavingszorg die door de SVG wordt verzorgd (zie hoofdstuk 5).

#### Inhoud

Gedurende de pilotperiode verzorgen drie indicatiestellers van het NIFP Arnhem de indicatiestellingen bij justitiabelen die het beste behandeld kunnen worden in forensisch klinische voorzieningen van geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijke gehandicaptenzorg – zoals de forensisch psychiatrische afdelingen en de forensisch psychiatrische klinieken. Hiertoe maken de indicatiestellers gebruik van verschillende bronnen en instrumenten. De indicatie geschiedt op basis van:

- Een gerichte bestudering van het dossier, de (pro justitia) rapportages over de betrokken patiënten en de verwijfsbrieven van de aanvragende instanties, bij voorbeeld vanuit het psychomedisch overleg van een penitentiaire inrichting, rapporten van de reclassering, van behandelklinieken. Daarnaast vindt telefonisch overleg of ander contact plaats met PMO of reclasseringswerkers, officieren van justitie en zorgaanbieders.
- Invulling van het format indicatiestelling met toelichting op het (advies) indicatiebesluit van het NIFP (zie bijlage 8). Dit format is van oktober 2008, gebaseerd op het indicatiestellinginstrument van november 2007 en het wegingskader.
- Het wegingskader dat is ontwikkeld door het CIZ.
- Het model indicatieadvies of indicatiebesluit van het Ministerie van Justitie van 8 oktober 2008 (zie bijlage 7).

Als verdachten in preventieve hechtenis zitten en extra forensische klinische zorg nodig hebben dan vullen de indicatiestellers van het NIFP het model *advies* indicatiestelling in. In alle andere situaties vullen zij het model *besluit* indicatiestelling in. Gedurende de pilot worden de indicatieadviezen van het NIFP Arnhem naar de reclassering gestuurd, en naar het Openbaar Ministerie. De reclassering neemt de indicatiestelling mee in de voorlichtingsrapportage aan de rechtbank. Na de testfase, indien de vernieuwing van de indicatiestelling forensische zorg definitief is ingevoerd, is het de bedoeling dat het NIFP rechtstreeks aan de rechter rapporteert.

Noot 15 Zodat eenduidig wachtlijstbeheer mogelijk wordt – zie Vragen & Antwoorden Handleiding Inkoop forensische zorg 2008, p. 14.

Dan zal naar alle waarschijnlijkheid sprake zijn van indicatieadviesing door de drie reclasseringsorganisaties, het NIFP en het psychomedisch overleg van het gevangeniswezen aan een onafhankelijke ketenpartner zoals de rechter. Deze ketenpartner stelt het indicatiebesluit vast binnen de kaders van de strafrechtelijke titel c.q. het vonnis.

Gedurende de testfase vullen de betrokken indicatiestellers daarnaast de evaluatiekaart van DSP-groep in - met vragen over de achtergronden, aanleiding, bruikbaarheid en afnameduur van de indicatiestelling.

In de periode van half oktober tot en met half december 2008 hebben de drie indicatiestellers van het NIFP Arnhem dertig evaluatiekaarten ingevuld. Alle indicatiestellingen vanuit deze locatie geschieden in de testfase op de nieuwe manier. De indicatiestellers stellen de precieze hulpvraag vast van de justitiabelen die forensische zorg nodig hebben, analyseren op basis van rapporten, pro justitia dossiers, risicotaxatie-instrumenten, justitiële documentatie en verdere beschikbare schriftelijke gegevens de persoonlijke situatie en zorgbehoefte van de justitiabelen om wie het gaat, en stellen het beveiligingsniveau vast dat nodig is. Zij hebben tijdens het indicatieproces contact met reclasseringswerkers, behandelaars en zorginstanties. Bij voorbeeld om het dossier op basis waarvan wordt geïndiceerd compleet te krijgen.

Anders dan in de andere pilots zien de indicatiestellers van het NIFP de justitiabelen niet persoonlijk.<sup>16</sup> Ze geven een advies of besluit af op basis van hun analyse van het schriftelijke bronnenmateriaal, de invulling van het format en de toepassing van het wegingskader. Ten slotte vullen ze het model in dat door het ministerie is ontwikkeld ten behoeve van de testfase.

## 4.2 Afnameduur en doorlooptijden

### Afnameduur

In het onderzoek hebben we onderscheid gemaakt tussen de afnameduur en de doorlooptijden. De *afnameduur* is het aantal uren dat de indicatiesteller daadwerkelijk aan een indicatiestelling besteedt. Via de evaluatiekaart van DSP-groep is aan de indicatiestellers gevraagd hoeveel tijd zij hebben besteed aan een individuele casus: aan de afname en invulling van de verschillende instrumenten en formulieren, het bijbehorende dossieronderzoek, overleg met collega's of zorgaanbieders en de uitwerking van het advies of besluit en het schrijven van hun toelichting op de indicatie.

Gemiddeld genomen waren de indicatiestellers van het NIFP vijf uur bezig met een indicatiestelling. Te verwachten valt dat de tijd die nodig is voor analyse van de dossiers, de afname van de diverse instrumenten en invulling van de verschillende formulieren zal afnemen als men meer ervaring heeft met het instrumentarium en de werkwijze. De meest ervaren indicatiesteller van het NIFP Arnhem die betrokken was bij de ontwikkeling van het instrumentarium heeft gemiddeld minder tijd nodig voor een indicatiestelling, namelijk 3,7 uur.

Noot 16 Indien noodzakelijk kan in overleg met de psychiater van het NIFP die het indicatieadvies of -besluit toetst en ondertekent een consultant psychiater worden verzocht de betrokken justitiabele te zien en het actuele toestandsbeeld dat hij geeft te beoordelen.

## **De tijd tussen start en afgifte van de indicatie**

We hebben de tijd berekend tussen start en afgifte van de NIFP-indicatie en de doorlooptijd vanaf het moment van aanmelding en verzoek om een indicatiestelling bij de NIFP-indicatiesteller tot de startdatum van de zorg.<sup>17</sup> In het Uitvoeringsprotocol 2009-2010 Vernieuwing Forensische Zorg van het Ministerie van Justitie staat op pagina 12 dat vanaf begin 2009 een doorlooptijd voor de indicatiestelling zal worden gehanteerd van *twee* tot *drie* weken na ontvangst van de aanvraag – indien het dossier compleet is waarop het NIFP de indicatie baseert. In verband met deze streeftermijn heeft DSP-groep de tijd berekend tussen de start van de indicatiestelling c.q. ontvangst van het hele dossier en de afgifte van de NIFP-indicatie. Indien we alle dertig indicaties meenemen die gesteld zijn gedurende de NIFP-pilot dan duurt deze periode gemiddeld 35 dagen – of te wel zeven weken. Bij vier indicatiestellingen duurde de periode tot de afgifte zeer lang: 73, 85, 89 en 148 dagen. Het gaat hier echter om indicaties die aangevraagd zijn ver vóór de start van de pilot: in de maanden maart, juni en augustus 2008. Indien we de indicatiestellingen gestart vóór oktober 2008 (vóór aanvang van de testfase) *niet* meerekenen, duurt de periode tussen de start van de indicatiestelling en de afgifte gemiddeld 21 dagen - precies drie weken.

## **Tussen het moment van aanmelding bij het NIFP en startdatum van de zorg**

Wat betreft de doorlooptijd vanaf het moment van aanmelding en verzoek tot de startdatum van de zorg kunnen we op basis van de ingevulde evaluatiekaarten en registratiegegevens van het NIFP het volgende vermelden. In 14 van de 30 gevallen was deze niet bekend omdat de datum van de start van de zorg onbekend was. Zestien keer was de doorlooptijd wel bekend. Deze duurde gemiddeld 119 dagen, een kleine vier maanden.

Een kanttekening is hier op zijn plaats. We weten niet of deze zestien casussen een juiste afspiegeling vormen van dé doorlooptijden vanuit de pilot NIFP Arnhem. De aantallen bekend geworden doorlooptijden vanuit de pilot NIFP Arnhem zijn te gering om te kunnen generaliseren naar dé doorlooptijden naar forensische klinische zorg die plaatsvinden via het NIFP. We moeten derhalve met de nodige voorzichtigheid en zorgvuldigheid omgaan met deze onderzoeksresultaten.

De hier geconstateerde gemiddelde doorlooptijd kan wel enige houvast bieden bij de bepaling van de te bereiken doorlooptijden tussen verzoek om een indicatie en de opname door het Ministerie van Justitie. Vóór de start van de pilots zijn op dit gebied immers géén streeftermijnen vastgesteld. Berekening van de doorlooptijden op basis van deze eerste aantallen is daarom van belang.

## **Aanvulling**

Voorgaande alinea's over doorlooptijden verdienen in ieder geval aanvulling. Gedurende het onderzoek kreeg DSP-groep verschillende brieven met bijbehorende documenten en klachten toegestuurd door ketenpartners van het NIFP (zowel van de reclassering als van de zijde van OM en ZM) naar aanleiding van het klinische indi-

Noot 17 Het NIFP heeft het begrip doorlooptijd anders gedefinieerd. Voor het NIFP start de doorlooptijd op het moment dat het dossier compleet is en eindigt het op het moment dat de indicatie is ondertekend door de NIFP-psychiater die indicatiestelling voor forensische zorg in zijn portefeuille heeft, omdat de doorlooptijd vanaf de afgifte van de indicatie tot en met de opname in de zorgvoorziening onder de verantwoordelijkheid van DForZo valt.

catieproces in verschillende zaken. Deze incidenten zijn weliswaar *niet* representatief voor hét indicatieproces en dé nieuwe werkwijze, maar spelen wel een rol bij de beeldvorming van ketenpartners van het NIFP over de nieuwe werkwijze.

De ketenpartners die ons schreven maakten de volgende incidenten mee:

- In een eerste - volgens de betrokken professionals 'slepende' - casus proberen ketenpartners van het NIFP Arnhem een cliënt aangemeld en geplaatst te krijgen in een forensische verslavingskliniek. De justitiabele is vóór de start van de pilot opgenomen geweest in een open forensische kliniek voor mannen met milde persoonlijkheidsstoornissen. Hij kan daar echter niet blijven in verband met de hoofddiagnose verslaving, zijn meervoudige problematiek en verslavingsgedrag. Toeleiding naar de gewenste forensische verslavingskliniek kan alleen via het NIFP. Dat lukt niet. Het NIFP is met de ketenpartners van mening dat de forensische verslavingskliniek het geïndiceerde en noodzakelijke zorgaanbod levert. Het NIFP weigert desondanks afgifte van de noodzakelijke indicatie aangezien in de bijzondere voorwaarden voor het toezicht door de reclassering niet vermeld staat dat de betrokken justitiabele indien nodig moet meewerken aan een klinische opname. Afgifte van de indicatie door het NIFP kan alleen indien klinische opname in het vonnis van de rechtbank staat vermeld.
- In een volgende toezichtzaak hanteren reclassering en NIFP vermoedelijk een verschillende zienswijze waardoor klinische zorg niet tot stand komt. De justitiabele wordt verdacht van bedreiging met geweld, mishandeling, zware mishandeling en huiselijk geweld. Hij is verslaafd en crimineel en nuttigt elke dag grote hoeveelheden roesmiddelen, waardoor de kans op recidive groot is. De preventieve hechtenis is voorwaardelijk geschorst met als bijzondere voorwaarde dat hij het contact met de reclassering voortzet en zich laat opnemen. De zorgaanbieder wijst de justitiabele af wegens gebrek aan motivatie voor hulp en in verband met het juridische kader. De reclassering verzoekt het NIFP om een alternatief. Het NIFP zou niet op dit verzoek hebben gereageerd. De reclassering ziet geen mogelijkheid om deze impasse te doorbreken en schrijft een afloopbericht toezicht aan de Officier van Justitie.
- Eén casus is medio december 2008 bij het NIFP aangemeld met het verzoek om een indicatiestelling. Drie maanden later is er nog geen indicatie, omdat het dossier waarop de NIFP-indicatiesteller de indicatie moet baseren incompleet is. De zitting is daarom aangehouden, en zal naar alle waarschijnlijkheid nogmaals aangehouden moeten worden. Na afloop van het trage indicatieproces vrezende OM en ZM een wachtlijst bij de gewenste zorgaanbieder. Het is de vraag of de betrokken justitiabele gemotiveerd blijft voor hulp. De NIFP-indicatiesteller stelt alleen te kunnen starten als hij beschikt over een compleet dossier.
- Een vierde problematische casus betreft een tiental NIFP-indicaties die voor ISD-cliënten zijn aangevraagd. De reclassering krijgt de verzoeken terug in verband met ontbrekende verwijsbrieven vanuit het PMO van de penitentiaire inrichting. Volgens de PI zijn de meeste justitiabelen waarom het hier gaat niet bekend bij het PMO van de inrichting. Een van de reclasseringswerkers schrijft: 'Intussen zit ik wel met toetsingen ISD waarin ik uitleg moet geven aan de rechtbank hoe het zit met de toeleidingen naar klinische zorg en waarom die niet plaatsvinden'. Volgens het NIFP is een verwijsbrief vanuit het PMO (consulent psychiater) noodzakelijk om een indicatiestellingverzoek in behandeling te kunnen nemen.
- Een volgend incident betreft een zaak waarin de zitting voor de derde keer is aangehouden. Het NIFP zou volgens de ketenpartners de cliënt hebben aangemeld bij een kliniek waarbij voorspelbaar was dat de cliënt daar zou worden afgewezen. Begin april 2009 komt de man voor de vierde keer op zitting, en heeft het NIFP volgens de officier en de rechtbank nog geen toeleiding naar klinische zorg geregeld. Vóór die vierde zitting vindt veelvuldig contact plaats tussen reclassering en OM. Zij willen de justitiabele aanmelden bij een kliniek waar snel plaats is en geen contra-indicaties voor opname zijn. De NIFP-indicatiesteller,

die in opdracht van DForZo op basis van een voorgenomen indicatiebesluit de betrokken justitiabele doorgeleid, wil de justitiabele echter aanmelden bij een kliniek waar een lange wachtlijst is en waarvoor het IQ van de man een contra-indicatie vormt voor opname. De officier noemt het proces een drama. Zij wil de zitting nog wel een keer verschuiven naar eind april maar dan loopt de zaak uit de termijnen en is er nog geen opnamedatum bekend. Bovendien zal de rechtbank niet nogmaals een aanhouding toestaan.

Behandeling van de verdachte is volgens de rechters in deze zaak noodzakelijk om recidive te voorkomen. De justitiabele heeft volgens de rechtbank steeds laten zien dat hij hieraan wil meewerken. Hij wil iets aan zijn problemen doen, is gemotiveerd voor klinische zorg, hetgeen de rechter ziet als een belangrijke factor voor het slagen van een behandeling.

De rechters zijn van mening dat er onzorgvuldig is gehandeld door het NIFP en dat de verdachte hiervan de dupe is geworden. De rechtbank noemt de gang van zaken in haar vonnis 'beschamend' en verdisconteert dit in verzachtende zin in de strafmaat. Na alle aanhoudingen en vertragingen zien de betrokken rechters geen ruimte meer om bij de afdoening een voorwaardelijk strafdeel op te leggen met daaraan gekoppeld als bijzondere voorwaarde (klinische) forensische zorg.

Deze zaken 'kleuren' het zicht van verschillende ketenpartners op de nieuwe werkwijze en leiden tot een weinig positieve mening over de testfase. De indicatiestelling door het NIFP wordt in deze visie geassocieerd met lange doorlooptijden, bureau-cratistische barrières, administratieve en tijdrovende procedures, frustraties, justitiabelen/patiënten die (in de woorden van een officier) vaker in plaats van minder vaak 'wegrotten in een cel', cliënten die uiteindelijk de dupe zijn en vergroting van de kans op recidive (zie 4.4, meningen ervaringen ketenpartners).

### 4.3 Mening en ervaringen van indicatiestellers

De drie medewerkers van het NIFP Arnhem die meewerken aan de pilot zijn unaniem van mening dat een deel van het instrumentarium een goede bijdrage levert aan hun oordeelsvorming over het op te stellen indicatieadvies of -besluit. Gedurende de pilot van het NIFP is de indicatie, zoals het hoort, afhankelijk van de aard en ernst van de psychiatrische stoornissen van de justitiabelen, hun verstandelijke beperkingen en/of verslavingsgedrag, de juridische titel en het beveiligingsniveau dat noodzakelijk is. En niet van het aanbod van zorgaanbieders. De indicatiestellers beschrijven op basis van het dossieronderzoek de noodzakelijke begeleidingsintensiteit, het beveiligingsniveau en de aard van de behandeling die nodig is. Bij begeleidingsintensiteit gaat het de indicatiestellers om de mate van ondersteuning, stimulering en begeleiding die de justitiabele nodig heeft in verband met zijn psychische gesteldheid.<sup>18</sup> Ze passen het wegingskader toe en vullen het format in dat ontwikkeld is door het NIFP.

#### De bruikbaarheid van het format

Over de bruikbaarheid van het format zijn de indicatiestellers positief. Dit instrument helpt hen bij het goed kunnen inschatten van de benodigde zorgbehoefte en het

Noot 18 Het NIFP hanteert de volgende definitie: de verblijfsintensiteit is de maximale omvang van het team dat gedurende de dag werkzaam is op een afdeling, uitgedrukt in het aantal formatie-eenheden sociotherapeuten per cliënt. Sociotherapeuten zijn verzorgende, begeleidende en behandelende personeelsleden en beveiligers. Dit aantal wordt gedeeld door het maximale aantal cliënten dat tegelijk op een afdeling kan worden verzorgd en begeleid.

beveiligingsniveau. Het format levert volgens hen een goede bijdrage aan de oordeelsvorming over het op te stellen advies of besluit. Het instrument helpt bij het gestructureerd en onderbouwd komen tot een indicatiesbesluit of –advies. Soms moet veel worden ingevuld. Indien delen of bepaalde onderwerpen bij een individuele justitiabele niet relevant zijn kunnen die volgens de indicatiestellers beter uit het formulier en de toelichting op de indicatie worden verwijderd.

Het format indicatiestelling sluit goed aan op het wegingskader, menen de indicatiestellers. Een en ander levert een gedegen indicatie op, waarbij de verbinding en samenhang tussen de stoornissen en individuele psychopathologie enerzijds en het delictgedrag anderzijds duidelijk beschreven staat.

### **De toepassing van het wegingskader**

De toepassing van het wegingskader leidt in de NIFP-pilot niet tot speciale moeilijkheden. De medewerkers zijn van mening dat ze met behulp van het wegingskader de informatie die relevant is kunnen afwegen. Het wegingskader biedt hen voldoende handvatten om goed zicht te krijgen op de zorgbehoefte en het beveiligingsniveau dat justitiabelen nodig hebben. Met behulp van dit instrument kunnen ze een kwalitatief goed en onafhankelijk indicatieadvies of -besluit afgeven voor zorg en antwoord geven op de beveiligingsvraag.

De indicatiestelling is mede dankzij het wegingskader wel ingewikkelder gemaakt, aldus een van de medewerkers van het NIFP. Deze indicatiesteller legt uit:

'Het wegingskader dwingt ons om een driedeling te maken in verband met de DBBC's. We beschrijven de verblijfsintensiteit, het beveiligingsniveau en de aard van de behandeling. Terwijl het uiteindelijk gaat om verblijfsintensiteit/behandeling en beveiligingsniveau. Misschien volstaat een tweedeling?'<sup>19</sup>

De indicatiestellers van het NIFP vinden het jammer dat het wegingskader *geen* onderbouwing biedt van de geschatte duur van de forensische zorg die nodig is. Terwijl de meeste rechters en officieren volgens hen willen weten hoe lang de behandeling en het verblijf nodig is, en wat de duur is van een zorgprogramma – bij voorbeeld van een zorgprogramma voor daders van seksuele delicten of zorgprogramma's in gevallen van psychotische kwetsbaarheid, bij persoonlijkheidsstoornissen en ernstig agressief gedrag.

### **De modellen met het advies of besluit**

De indicatiestellers van het NIFP Arnhem noemen de modellen met het indicatieadvies en -besluit inhoudelijk slecht bruikbaar en overbodig. Ze zijn van mening dat het dossieronderzoek tot een kwalitatief goede beschrijving leidt van de noodzakelijke begeleidingsintensiteit, het beveiligingsniveau en de gewenste behandeling. Dit mondt uit in een beschrijving, het invullen van het format en, met behulp van het wegingskader, een onderbouwd indicatiebesluit of -advies. Vervolgens vullen de indicatiestellers het model van het ministerie ten behoeve van de pilot in. Zij halen de tekst dan uit het eigen NIFP-format toelichting indicatiebesluit. De indicatiestellers zijn van mening dat als alleen het model van het ministerie zou worden ingevuld, iedere samenhang en verbinding ontbreekt tussen de stoornis, het delictgedrag en de onderbouwing van de indicatie. Het model zou een gefragmenteerd beeld geven. Op dit formulier wordt de noodzakelijke verblijfsintensiteit, behandelintensiteit en het beveiligingsniveau dat nodig is onsamenhangend weergegeven. De

Noot 19 DBBC-productgroepen zijn verzamelingen van DBBC's met gemeenschappelijke kenmerken, zoals dezelfde diagnoseclassificatie of hetzelfde zorgprofiel, zie [www.dbcggz.nl](http://www.dbcggz.nl).

indicatiestelling in het model mist een stevige onderbouwing. De ketenpartners krijgen nu bovendien twee formulieren met ongeveer dezelfde informatie toegestuurd. Volgens de NIFP-medewerkers kan worden volstaan met afname van het wegingskader en invulling van het format.

### **Knelpunten**

De NIFP-indicatiestellers geven de nieuwe manier van indiceren in het licht van de doelstelling van het ministerie een ruime voldoende. Ze onderschrijven het doel van de vernieuwing forensische zorg. Van de zijde van het NIFP bestaat veel draagvlak voor het project Vernieuwing Forensische Zorg en de vernieuwing op het gebied van de indicatiestelling voor forensische zorg. Uit de analyse van de door de indicatiestellers ingevulde evaluatiekaarten en de informele contacten met hen komen, naast deze tevredenheid, de volgende moeilijkheden naar voren:

#### *Dubbel werk*

- Wat wringt is het feit dat veel dubbel werk moet worden verricht. De indicatiestellers vullen verschillende formulieren in, het format indicatiestelling en het model met het indicatieadvies of -besluit, vaak met dezelfde informatie.

#### *Onvolledige dossiers*

- Een volgend knelpunt voor de indicatiestellers is bij tijd en wijle het gebrek aan informatie in de dossiers. Ze kunnen alleen starten als het dossier compleet is, als alle brondocumentatie compleet is, bij voorbeeld met een verwijsbrief van het psychomedisch overleg van de penitentiaire inrichting en uittreksel justitiële documentatie. Dan kunnen zij een aanvraag in behandeling nemen. De NIFP-werkers zijn afhankelijk van de informatie die in de aangeleverde stukken en rapportages zit over de aanleiding van de aanmelding, de diagnostiek inclusief DSM-IV, anamnese van recent functioneren en de zorg- en beveiligingsvraag. Sommige gegevens worden echter niet altijd aangeleverd, of zijn niet voorhanden.<sup>20</sup> Zo wordt de DSM-IV classificatie niet standaard aangeleverd terwijl deze wel nodig is om de indicatieformulieren goed in te kunnen vullen, bij voorbeeld voor aansluiting bij de DBBC-systematiek. Instrumenten voor gestructureerde risicotaxatie zoals de HCR-20 en de SVR-20, maken echter geen gebruik van de DSM-IV classificatie, anders dan 'gewone' verslagen van persoonlijkheidsonderzoeken door pro justitia rapporteurs. Een enkele keer kan een indicatiesteller de DSM-IV classificatie dan uit het FRIS-registratiesysteem van het NIFP halen. Een andere keer is in verband met afwezigheid van recente diagnostiek na overleg met de psychiater IFZ van het NIFP een verzoek gedaan bij de aanvrager van de forensische zorg om de benodigde diagnostiek aan te leveren. Gevolg is dan wel dat het indicatiebesluit lang op zich laat wachten. Terwijl de indicatiestellers met het ministerie en de ketenpartners van mening zijn dat de nieuwe manier van indiceren niet ten koste mag gaan van de doorlooptijden in het strafproces.

Noot 20 Indien de benodigde diagnostiek niet voorhanden is en de betrokken justitiabele in detentie verblijft, dan kunnen NIFP-indicatiestellers de consulent-psychiater van het Psycho-Medisch Overleg van de inrichting verzoeken om nader diagnostisch onderzoek te verrichten.



#### **4.4 Meningen en ervaringen van ketenpartners**

In de periode december 2008 tot en met mei 2009 zijn in totaal dertig ketenpartners van het NIFP Arnhem ondervraagd. Het gaat hier om twintig ketenpartners in de categorie zorgaanbieders, reclassering en leden van PMO's van penitentiaire inrichtingen, en om tien ketenpartners werkzaam als officier van justitie of rechter.

##### **Zorgaanbieders, reclassering en PMO**

Twintig ketenpartners zijn ondervraagd die vallen in de categorie zorgaanbieders, reclassering en leden van PMO's (waarvan twaalf ten behoeve van de interne tussenrapportage van begin 2009). Het betreft de percepties van veertien vertegenwoordigers van zorgaanbieders, vier leden van PMO's en twee vertegenwoordigers van verschillende reclasseringsorganisaties (advies en diagnose). Verschillende ketenpartners vertelden mede namens hun collega's te spreken. De geïnterviewde reclasseringswerkers hebben verschillende NIFP-indicaties 'meegenomen' in hun voorlichtingsrapportages aan de rechtbank.

De ketenpartners die we spraken, baseren hun mening op verschillende indicatiestellingen (3, 4 of 5) die zij en hun directe collega's of medewerkers de afgelopen periode kregen. Ze kregen het model met het indicatiebesluit of – advies toegestuurd en het NIFP-format met de toelichting op de indicatiestelling. Daarnaast kregen de ketenpartners, of hadden ze de beschikking, over het vonnis, de pro justitia rapportages en eventuele andere rapporten over de omstandigheden van de betrokken cliënten.

Gezien de antwoorden op onze vragen is het weinig zinvol om de beide instrumenten – het model en het format met de toelichting – apart van elkaar te beschouwen. De ketenpartners zien de toelichting en het model met het advies of het besluit als één geheel. Op de vraag naar eventuele knelpunten of moeilijkheden verwijzen ze vooral naar het proces van indicatiestelling. In het navolgende worden de meningen van deze categorie ketenpartners over de vernieuwde wijze van indicatiestelling en het instrumentarium daarom in één sectie beschreven.

##### **Bruikbaarheid van de nieuwe wijze van indiceren**

De oordelen van de geïnterviewde zorgaanbieders, reclasserings- en PMO-partners over de kwaliteit en bruikbaarheid van de indicatiestellingen van het NIFP gedurende de pilot variëren. Vier zorgaanbieders en een reclasseringswerker noemen de nieuwe wijze van indicatiestelling die wordt uitgetest een 'teleurstellende verslechtering' en een 'drama'. Ze hebben het dan zowel over de instrumenten als over het proces. De nieuwe instrumenten beoordelen ze als slecht bruikbaar gezien de specifieke zorg en de beveiliging die sommige justitiabelen nodig hebben (zie hieronder, bij knelpunten). De instrumenten zouden te ver van de realiteit afstaan.

De overige geïnterviewde ketenpartners kunnen onder voorwaarden uit de voeten met de instrumenten. De voorwaarden van de ketenpartners die zorgaanbieder zijn, betreffen afzien van uitbreiding van de wettelijke opname- of acceptatieplicht en procedures die in die richting zwemen, zoals oplegging van een beperkte termijn om bezwaar te kunnen maken tegen toewijzingsbesluiten, en blijven voorzien in goed tussentijds overleg, een eigen intake (waaronder de meeste zorgaanbieders een eigen indicatie lijken te verstaan) en mogelijkheden om een aangemelde cliënt

na afloop van de intakefase alsnog af te wijzen.<sup>21</sup>

Vier zorgaanbieders (opnamecoördinatoren) vinden het een goede zaak dat op de nieuwe indicatiestellingformulieren de VIP-nummers en strafrechtelijke titels vermeld staan. Zij zeggen de indicatie te beschouwen als een bevestiging dat een cliënt in hun kliniek op de goede plaats zit. De indicatierapporten van het NIFP Arnhem zijn goed bruikbaar voor hun doel: de plaatsing afkaarten, bekostigd krijgen en goed registreren, intern en naar het ministerie toe. Op hun lijsten met aanmeldingen en geplaatste cliënten en andere ingevulde papieren die zij naar het ministerie moeten sturen dienen zij de VIP nummers van de cliënten te vermelden, en hun strafrechtelijke titels. Zij vinden het ook prettig dat alle schriftelijke informatie die voorhanden is over een patiënt al beoordeeld is, en dat zij in één keer alle relevante informatie die boven tafel is gekomen aangeleverd krijgen.

De zorgaanbieders vinden de indicatiestelling bruikbaar voor hun werk om te kunnen beoordelen of ze een cliënt kunnen uitnodigen voor een intakegesprek en voor de intakefase of niet, en onvoldoende bruikbaar voor de beslissing opnemen of niet. Verdieping halen ze uit de andere rapportages en de gesprekken met de aangemelde justitiabelen en observaties die ze zelf verrichten gedurende de intakefase.

De reclasseringsvertegenwoordigers die we spraken en de verschillende leden van de PMO's zijn van mening dat indicatie door het NIFP en een eigen intake door de zorgaanbieders dubbelop en te veel is. Dit is omslachtig en werkt vertragend. Onder voorwaarden, onder andere als er een acceptatieplicht voor zorgaanbieders komt, valt volgens deze respondenten en hun collega's te werken met de nieuwe wijze van indiceren. Een papieren indicatie noemen deze respondenten niet echt goed bruikbaar. Maar als het vervolgens nog eens een paar maanden duurt voordat een intake bij de zorgaanbieder plaatsvindt dan wordt de situatie voor de cliënt alleen maar slechter. Een respondent:

'Het duurt zo minimaal een half jaar voordat iemand ergens op intake kan. En vaak volgt dan nog een eerste afwijzing of een wachtlijst voor de feitelijke zorg of behandeling. Dit is te lang.'

Indiceren met de reclassering of PMO en het uitzetten van een meersporenbeleid - dat wil zeggen aanmelding bij meerdere zorgaanbieders - zou volgens de respondent een oplossing kunnen zijn.

## **Knelpunten**

De knelpunten die deze ketenpartners signaleren hebben betrekking op de instrumenten én op het indicatiestellingproces. De knelpunten betreffen verschillende onderdelen van de indicatie, het geïndiceerde beveiligingsniveau, relevante informatie in verband met de zorgbehoefte, de problematiek van de cliënten die niet statisch is maar aan verandering onderhevig, de doorlooptijden, de plaatsing en het samenwerkingsproces. Verschillende ketenpartners ventileren in verschillende beoordelingen vergelijkbare kritiekpunten - of hun oordelen over de bruikbaarheid van de instrumenten nu positief is, net aan voldoende of ronduit negatief. Geclusterd hebben ze naar aanleiding van de nieuwe wijze van indiceren door het NIFP Arnhem de volgende opmerkingen:

Noot 21 Volgens de respondenten/zorgaanbieders worden niet veel mensen afgewezen en gebeurt zoiets niet zomaar. In veel instellingen zijn naast een opnamecoördinator gekwalificeerde multidisciplinaire teams aanwezig die een gedegen indicatiestelling verrichten. Nieuw aangemelde patiënten worden tijdens een wekenlang durende intakeperiode gezien en onderzocht door een arts, psychiater, HBO-professionals, een psycholoog.

### *Geïndiceerde beveiligingsniveau*

- Vijf zorgaanbieders vinden de basis van het geadviseerde beveiligingsniveau onduidelijk. Een zesde zorgaanbieder begrijpt niet goed wat er nu precies wordt bedoeld met het begrip beveiligingsniveau zoals dat wordt gehanteerd in de nieuwe wijze van indicatiestelling. De respondente vertelt dat het beveiligings- en veiligheidsvraagstuk binnen haar organisatie en met het NIFP een punt van discussie is. Overleg en goede contacten helpen dan. Vier andere zorgaanbieders zeggen soms moeite te hebben met de indicatie in verband met de veiligheid. Een van hen noemt de indicatie in tien procent van de gevallen niet passend. Een te zwaar regime is slecht voor een cliënt, een te licht regime is gevaarlijk. Een opnamecoördinator van een FPA, een meer open afdeling die zich richt op spoedige terugkeer in de samenleving, licht dit laatste als volgt toe: 'Het aantal afwijzingen is bij ons klein en geschiedt meestal op grond van veiligheid. Bij ons kan je namelijk de ramen eruit trappen.'

Een andere zorgaanbieder, een vertegenwoordiger van een FPA, zegt hierover: 'Wij sluiten niet in 's nachts. Patiënten kunnen naar elkaar toe. Mannen en vrouwen worden bij ons opgenomen. Sommige mensen raken in de war, agressief of seksueel ontremd. Anderen zijn psychiatrisch en verslaafd en verstandelijk gehandicapt. Een paar moeilijke cliënten kunnen we nog wel behappen maar tien is te veel.'

Vier zorgaanbieders laten zich positiever uit over het geïndiceerde beveiligingsniveau. Toch zeggen ook zij niet zonder de pro justitia rapportage, de rest van het dossier en vooral de eigen intake te kunnen – vooral in verband met de veiligheid en de gevaarlijkheid van sommige patiënten. Hoe ontwrichtend en gevaarlijk iemand kan zijn op de afdeling, op een groep, kan je niet bepalen op grond van dossieronderzoek, aldus de zorgaanbieders. Alleen op basis van cliëntcontact zou een goede, bruikbare indicatie kunnen worden afgegeven.

### *Verouderd beeld*

- Volgens negen zorgaanbieders en twee leden van PMO's wordt onvoldoende gekeken naar het actuele beeld dat een patiënt geeft en zijn huidige toestand. De pro justitia rapportage waarop de NIFP-indicatie is gebaseerd kan enige tijd geleden zijn uitgebracht en de relevantie ervan kan door omstandigheden achterhaald zijn. Door bij voorbeeld medicatie in te nemen of omdat de zitting achter de rug is en duidelijk is welke titel een justitiabele heeft gekregen, kan hij bij voorbeeld minder of anders gevaarlijk zijn dan indicatiestellers of pro justitia rapporteurs aanvankelijk dachten.

Een respondent zegt: 'Beveiliging en beheersing zijn geen statische entiteiten. Er staat veel op de formulieren met de indicatiestelling. Toch is het voor ons niet voldoende om te kunnen behandelen. Dat komt vooral omdat de indicatie gedaan wordt op basis van papier. Het gaat om mensen en de indicatiestellers zien hen niet zelf. Na de strafzitting kan de patiënt anders zijn dan daarvoor. Bovendien willen we weten hoe iemand omgaat met andere mensen, medepatiënten, met zichzelf, of hij zichzelf kan verzorgen'.

Tevens zou onvoldoende aandacht worden geschonken aan de op de voorgrondstaande gedragsproblematiek. Een lid van een PMO heeft het idee dat gedurende de pilot, nu de klinische verwijzing en aanmelding niet meer via PMO en reclassering loopt, cliënten negatiever worden afgeschilderd dan ze zijn. Dit komt volgens de respondent omdat het NIFP de gedetineerden zelf niet spreekt, en door het indicatiestellinginstrument zelf: 'schizofrenie is gemakkelijker om aan te refereren, blijft langer hangen, dan de motivatie van de gedetineerde voor zorg en behandeling.' Een ander lid van een PMO is van mening dat de indicaties niet kloppen omdat de NIFP indicatiestellers zelf geen psychiater zijn (en de cliënten zelf niet zien). Ze maakt mee dat een cliënt psychotisch is en er geschreven wordt dat hij zwakbegaafd is en naar een instelling voor verstandelijk

gehandicapten moet. Het kost haar erg veel energie, tijd en telefoontjes met de indicatiestellers van het NIFP om het scheve beeld dat is ontstaan recht te zetten.

#### *Ontbrekende somatische gegevens*

- De indicatiestelling is volgens twee zorgaanbieders onvoldoende informatief over de somatiek, de actuele somatische gegevens en medicatiegeschiedenis van een justitiabele. De volgende vragen zouden zij graag beantwoord zien: Wanneer heeft de cliënt voor het laatst een dokter gezien? Waarom en wat zijn de bevindingen? Welke medicijnen slikt hij, hoeveel, waarvoor? Is de cliënt medicatietrouw? Werkt medicatie?

#### *Toeleiding naar passende zorg*

- De geïnterviewde zorgaanbieders betwijfelen of de nieuwe manier van indiceren betekent dat een meer passend zorgaanbod wordt geadviseerd voor de justitiabelen dan voorheen. Een respondent noemt de ingevulde instrumenten onvoldoende om de juiste zorg en beveiliging te kunnen geven. De ketenpartners vinden veelvuldig overleg noodzakelijk, en daarnaast: zelf de cliënten zien, het hele dossier en de onderliggende stukken. Op basis daarvan maken de geïnterviewde zorgaanbieders een eigen *screening* die past bij hun aanbod. Overleg tussen verwijzers, indicatiestellers en zorgaanbieders is belangrijk. Een juiste indicatie zien de zorgaanbieders als vrucht van een meerzijdig proces. De geïnterviewde reclasseringswerkers en PMO-vertegenwoordigers zijn van mening dat de indicatie en verwijzing op de oude manier op een goede en verantwoorde wijze verliep. De lijnen waren toen korter. De zorgaanbieders noemen korte lijnen van belang voor een soepel verlopend indicatie- en plaatsingsproces.

#### *Vertraging*

- De nieuwe manier van indiceren door het NIFP wordt door de ketenpartners in de categorie zorgaanbieders, reclassering, PMO als een vertragende factor voor de doorlooptijden gezien. Een van de opnamecoördinatoren heeft overigens wel het idee dat de indicatie vanuit de pilot sneller komt dan vroeger. De indicatiestelling komt volgens hem nu ongeveer een week *na* opname van de cliënt. Hij noemt dat sneller dan vroeger.  
Eén zorgaanbieder kreeg het toewijzingsbesluit van DForZo in een zaak eerder dan het indicatiebesluit en de bijbehorende documenten en rapporten over de justitiabele. Twee zorgaanbieders klagen niet alleen over de vertragingen als gevolg van de nieuwe werkwijze, maar ook over het uitblijven van aanmeldingen sinds de start van de nieuwe werkwijze/pilot. Een van deze twee beschrijft dat probleem en haar oplossing als volgt:

'Bij aanvang van de pilot is een streng beleid opgesteld: alleen cliënten aannemen met een nieuwe indicatiestelling van het NIFP. Gevolg was dat we geen aanmeldingen meer binnenkregen. Tegen het advies van het NIFP is dit beleid bijgesteld. We nemen nu ook weer justitiabelen zonder NIFP-indicatie aan.'

Net als de zorgaanbieders signaleren ook de overige ketenpartners – de reclasseringswerkers en de vertegenwoordigers van de vier PMO's – verlenging van de doorlooptijden. De gewenste doorlooptijd van het proces van opstelling indicatierapport en feitelijke levering van de zorg schatten verschillende zorgaanbieders in op drie maanden. In het algemeen zou gelden dat de nieuwe wijze van indiceren tot weken en soms maanden vertraging leidt. Cliënten moeten hierdoor te lang wachten. De lange doorlooptijden brengen ook mee dat sommige cliënten te weinig passende zorg krijgen, omdat het strafrechtelijk kader waarbinnen ze zorg krijgen al snel na opname afloopt. Volgens de leden van de PMO's blijven

van de zes aangevraagde indicaties er vijf maandenlang liggen.

#### *Problemen met betrekking tot onafhankelijkheid en uitbreiding opnameplicht*

- Volgens de geïnterviewde zorgaanbieders is het géén goede zaak om geheel onafhankelijk van het zorgaanbod, van de zorgaanbieder te indiceren. Een opnamecoördinator van een FPK:  
'Wij kunnen niet zomaar iedereen opnemen die in een FPK kan. Voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis is ons aanbod bij voorbeeld niet geschikt.'  
De respondente heeft officieel geen uitleg gekregen over de testfase. Ze vreest dat haar kliniek op den duur zorg moet leveren die de kliniek niet in huis heeft. Een andere zorgaanbieder werd geconfronteerd met het feit dat drie cliënten volgens hem en zijn medewerkers onjuist waren geïndiceerd vanuit de pilotlocatie. De omstandigheden waren zo dat de zorgvoorziening de cliënten moest houden. De respondent vreest dat via de nieuwe indicatie-instrumenten en nieuwe werkwijze toegewerkt wordt naar een acceptatieplicht voor zorgaanbieders. Hij noemt dit ronduit gevaarlijk:  
'Mijn ervaring met plaatsing van forensische patiënten is dat dit vooral wordt gefaciliteerd door een netwerk op 'werkvloerniveau', waarbij zowel zender als ontvanger op de hoogte zijn van elkaars mogelijkheden en niet onbelangrijk ook van elkaars onmogelijkheden. Onjuiste plaatsing is niet alleen niet in het belang van de patiënt maar ook nog eens gevaarlijk.'  
De moeilijkheden met het plaatsingsproces die zorgaanbieders signaleren, hangen volgens verschillende respondenten samen met de nieuwe bezwaarprocedure (zie het volgende knelpunt).

#### *Bezwaarschriften*

- Naast verschillende aspecten die de instrumenten betreffen, hebben de zorgaanbieders in het verlengde van het hiervoor genoemde knelpunt betreffende de opnameplicht veel moeite met het voor hen nieuwe toewijzingsbesluit en de bezwaarprocedure. Na ontvangst van het indicatiebesluit of het voorgenomen indicatiebesluit krijgen ze van de coördinator plaatsing van DForZo een toewijzingsbesluit toegestuurd. Hierin staat geschreven dat de zorgaanbieder binnen 14 werkdagen na ontvangst van het toewijzingsbesluit aan moet geven of het besluit wordt geaccepteerd of niet. Een bezwaarschrift tegen de plaatsing moeten ze gemotiveerd bij de afdeling plaatsing van DForZo indienen. Een eventueel bezwaar tegen het indicatiebesluit dient, ondertekend door een psychiater, bij het NIFP ingediend te worden. Omdat de toestand van patiënten aan verandering onderhevig is, zijn deze termijnen te kort. Bovendien komt het heel soms voor dat het toewijzingsbesluit wordt afgegeven voordat de zorgaanbieder de justitiabele heeft gezien en het indicatierapport heeft ontvangen. De termijn van veertien werkdagen zou minstens vier weken moeten zijn, aldus de zorgaanbieders.

#### **Ervaringen van officieren en rechters**

Om inzicht te krijgen in de meningen en ervaringen van een van de belangrijkste groepen ketenpartners van het NIFP - officieren van justitie en rechters - zijn tien leden van de zittende en staande magistratuur geïnterviewd - die te maken hebben gehad met de nieuwe vormen van indicatiestelling door het NIFP Arnhem. Het gaat hier om zes officieren van justitie en vier rechters. Ze zijn werkzaam in Arnhem, Zwolle, Lelystad, Almelo en Groningen.

Deze justitiële professionals zijn naar eigen zeggen vanaf de zomer van 2008 geconfronteerd met en soms ook geïnformeerd over de nieuwe werkwijze en de pilot indicatiestelling forensische zorg. De respondenten zijn positief over de bedoeling

van de nieuwe werkwijze, over de verbetering van de noodzakelijke aansluiting tussen strafrecht en geestelijke gezondheidszorg die nodig is in een strafrechtelijk kader. Tegenover de ingevulde formulieren staan de meesten of positief of neutraal. Eén officier en een rechter zijn negatief over de ingevulde formulieren die ze hebben gelezen.

De ondervraagde officieren en rechters uiten vooral bezwaren tegen het proces, tegen de inefficiëntie van de nieuwe systematiek, de onduidelijkheid van de nieuwe procedures. Zoals een van de indicatiestellers van het NIFP al vermeldde: men wil graag advies en weten of en waar, per wanneer en hoe lang maximaal een justitiebele geplaatst kan of moet worden. Minder relevant voor deze ketenpartners is de vorm waarin de indicatie wordt gegoten - de invulling van de indicatieformats en de aard van het achterliggende werk dat daartoe leidt. Ze plaatsen de volgende kritische kanttekeningen bij de nieuwe werkwijze:

#### *Verslechtering doorlooptijden*

- De officieren en rechters zijn van mening dat door de nieuwe indicatiestelling forensische zorg via het NIFP de doorlooptijden ongeveer twee keer zo lang zijn geworden. Het indiceren voor forensische klinische zorg kan pas van start gaan na de NIFP pro justitia rapportage. Iedere organisatie en iedere professional in de keten hanteert eigen termijnen. De indicatiestelling forensische zorg via het NIFP ervaren de officieren en rechters als een extra barrière die genomen moet worden. Het systeem is te omslachtig geworden (zie bijlage 11). En al die extra schakels zijn slecht voor de doorlooptijden en de feitelijke levering van de zorg.

#### *Wederzijds onbegrip*

- Ook de onbekendheid met de procedure is een knelpunt volgens deze ketenpartners. Volgens de officieren en rechters zijn ze niet goed op de hoogte gebracht en is de reclassering ook niet goed op de hoogte. De meeste officieren en rechters begrijpen het NIFP niet en hebben het idee dat dit wederzijds is. Vragen die rijzen: Waarom moet gewacht worden totdat het dossier compleet is? Waarom is er een grote scheiding aangebracht tussen diagnostiek in het kader van de pro justitia rapportage via het NIFP en de indicatiestelling van het NIFP? Waarom moet officieel een indicatiestelling worden aangevraagd door de ketenpartners bij het NIFP als een NIFP pro justitia rapporteur van mening is dat klinische behandeling noodzakelijk is? Kan worden volstaan met pro justitia rapportages? Wat is het verschil tussen een advies, een advies voorgenomen indicatiebesluit en een indicatiebesluit? Waarom is het om een indicatie te krijgen nodig dat een justitiabele formeel wordt aangemeld bij de indicatiesteller forensische zorg van het NIFP als een NIFP pro justitia rapporteur stelt dat klinische behandeling binnen het forensische circuit (bij voorbeeld FPA of FPK) zeer gewenst is? Waarom heeft het NIFP een soort tussenvonnis nodig om te kunnen starten met de indicatiestelling?

Volgens verschillende officieren (en rechters) kan de werkwijze minder omslachtig en praktischer worden indien een NIFP medewerker na afloop van het psychiatrische of psychologische persoonlijkheidsonderzoek meteen doorgaat met de indicatiestelling voor klinische forensische zorg. Zoals in de 'oude' situatie een reclasseringswerker regelde dat een gedetineerde klinische behandeling kreeg als de pro justitia deskundigen oordeelden dat er klinische forensische zorg of behandeling moest komen.

#### *Wie bepaalt de plaatsing?*

- Daarnaast rijst bij verschillende respondenten de vraag wat er moet gebeuren als deskundigen het niet met elkaar eens zijn. Verschillende rechters en officieren hebben inmiddels meegemaakt of gehoord van zaken waarin pro justitia rapporteur, reclasseringswerker en de indicatiesteller van het NIFP het niet met el-

kaar eens waren over de noodzakelijke zorg en beveiliging en bij welke zorgaanbieder de justitiabelen aangemeld moesten en konden worden. Waarvoor feitelijke levering van de zorg lang op zich liet wachten of plaatsing niet gerealiseerd werd. Een geïnterviewde rechter vraagt zich af wie de plaatsing bepaalt: het NIFP of de rechtbank? Ook tijdens een zitting schijnt die vraag aan de orde te zijn geweest, aldus een van de officieren. Waarop een indicatiesteller van het NIFP zou hebben geantwoord dat hij daarover gaat omdat sinds 2008 alleen forensische klinische zorg wordt gefinancierd die geïndiceerd is door het NIFP.

Sinds de start van het nieuwe indicatiestellingproces is de rechter meer afhankelijk geworden van het NIFP. Dat wekt wrevel. Naar aanleiding van deze wijze van financieren en organiseren, vrezen deze professionals meer problemen in de nabije toekomst. Want ook als in een kliniek géén plaats is, meldt het NIFP een cliënt daar aan omdat die in theorie het beste zou zijn. Het NIFP heeft hen uitgelegd dat DForZo dan goed kan registreren en op den duur weet welke plaatsen waar nodig zijn. De officieren en rechters vinden echter dat de indicatiestellers op deze wijze te weinig rekening houden met de justitiabelen om wie het gaat. Hun pleidooi: Indiceer alsjeblieft niet voor een zorginstelling met een wachtlijst en houd rekening met wat haalbaar is.

#### *Herhaalde aanhoudingen en andere afdoeningen*

- Het nieuwe indicatiestellingsproces leidt tot herhaalde aanhoudingen van een zaak. Voor de rechtbank heeft dit negatieve financiële gevolgen: het betekent dat steeds opnieuw zittingsruimte klaargemaakt moet worden. Een rechter:

'Het OM krijgt betaald voor aangebrachte zaken, wij voor besliste zaken. Wij willen dat een verdachte die zorg nodig heeft zo snel mogelijk geplaatst wordt. Vanuit onze optiek en vanuit de optiek van de verdachte. Hij zit maar te wachten.'

Te veel aanhoudingen leiden ook tot andere afdoeningen. Een officier geeft aan dan in de richting van een gewone verslavingskliniek te sturen, in plaats van een forensische verslavingskliniek. De rechters vertellen hun toevlucht te zoeken in begeleiding door de reclassering met ambulante behandeling of géén forensische zorg. Weer een andere rechter vertelt een zwaardere maatregel te hebben opgelegd:

'Omdat er na een half jaar heen en weer corresponderen tussen de diverse instanties nog geen concreet behandelaanbod lag heeft de rechtbank haar toevlucht genomen tot het opleggen van een artikel 37 maatregel.'

Een van de officieren meent dat de rechtbank dan meestal kiest voor niet behandelen: 'want anders heb je die ifz-rompslomp steeds opnieuw'. Zij waarschuwt dat je dit niet terugziet in de registratiegegevens:

'Deze zaken zie je niet in de cijfers, ook niet in die van het NIFP over de doorlooptijden. Het is goed mogelijk dat we op den duur een afname kunnen constateren in het aantal of aandeel klinische forensische trajecten. En dat dit niet betekent dat die zorg minder nodig is, maar dat dat een andere oorzaak heeft: de ifz rompslomp die de rechtbank wil vermijden.'

Volgens haar betekent de nieuwe werkwijze 'weken bellen, maanden wachten'. Een andere respondent meent dat geen enkel adviestraject vóór de eerste zitting kan worden afgerond, als naast de pro justitia adviezen van het NIFP moet worden gewacht op het advies indicatiestelling forensische zorg van het NIFP. Hij

stelt dat dit betekent dat veelplegers die geringe feiten strafbare feiten plegen en waarbij sprake is van verminderde toerekeningsvatbaarheid niet tijdig forensische zorg kunnen krijgen. Immers: de rechtbank beëindigt doorgaans de voorlopige hechtenis als die langer gaat duren dan de op te leggen vrijheidsstraf.

#### *Papieren indicatieadviezen en de rechtspositie van de justitiabelen*

- Enkele officieren vragen zich af wat de meerwaarde is van de indicatierapporten (ook als ze vinden dat degene die zij gezien hebben er goed uitzien). Voor het overgrote deel lijkt sprake te zijn van knip- en plakwerk uit de pro justitia rapportages. Een officier die tot nu toe geconfronteerd is geweest met twee indicatieadviezen:

'Als de nieuwe indicatiestelling betekent dat het allemaal veel langer duurt dan wil ik liever dat volstaan wordt met de pro justitia rapportages. Ik heb nu twee keer gehad dat de zaak werd aangehouden omdat het indicatierapport van het NIFP nog niet klaar was. Als uit dat rapport niet veel anders uitkomt dan de pro justitia psycholoog en psychiater hebben gezegd omdat het NIFP de indicatie op basis van hun stukken doet, dan moet de meerwaarde van de nieuwe werkwijze in de praktijk nog bewezen worden.'

Volgens een andere officier stelt de pro justitia rapporteur de diagnose. Deze rapporteurs hebben volgens hem vaak geen inzicht in strafmodaliteiten en in de wijze waarop klinieken werken en het precieze zorgaanbod dat nodig is voor justitiabelen. Echter: de pro justitia rapporteur bezoekt en ziet de klant wel. De respondent vraagt zich af waarom de indicatiestellers van het NIFP dat niet doen:

'Op zich vind ik het goed dat er iemand is die diagnosticeert en dat er iemand is die indiceert. Die laatste moet alles weten van de klinieken en van verschillende behandeltrajecten. Maar ik heb dan nog wel een rechtspositioneel ding: eigenlijk horen de NIFP-indicatiestellers hun conclusies en adviezen te bespreken met de justitiabelen om wie het gaat.'

De indicatiestellers horen niet buiten de justitiabelen om over hun zaak en klinische behandeling te adviseren. De uitkomsten, de adviezen, horen te worden besproken met de betrokken justitiabelen. Dat gebeurt niet bij indicatiestelling op basis van documenten en dossiers. De nieuwe werkwijze waarbij het NIFP de indicatie niet bespreekt met de justitiabelen betekent daarom een verslechtering van hun rechtspositie. Terwijl ook die met de gebruikelijke waarborgen omkleed hoort te zijn.

#### *Gewenste kliniek, opnamedatum en maximale duur van de opname*

- Een volgend bezwaar van negen respondenten is dat het NIFP soms verzuimt de maximale duur van het verblijf in een kliniek aan te geven. De Hoge Raad verplicht rechters de (maximale) duur van de opname te vermelden (HR NJ 1991, 274). Indien dat niet gebeurt dan zal de rechtbank de zaak moeten aanhouden. Ook de naam van de kliniek en de opname datum moet worden genoemd, omdat sprake is van wederrechtelijke vrijheidsbeneming. Bovendien moet een executie officier grip kunnen hebben op de zaak. Dus moet in het vonnis geëxpliciteerd worden: naam kliniek, duur behandeling en startdatum van de behandeling. Anders kan de officier de executie van de rechterlijke beslissingen en de toepassing van de voorwaarden verbonden aan de voorwaardelijke invrijheidsstelling niet laten plaatsvinden. Om feitelijke levering van de zorg mogelijk te maken adviseert een van de officieren zo veel mogelijk *second-best* scenario's (namen zorgaanbieders) op te nemen in het indicatierapport.



### *Jargon*

- Van de zijde van de rechterlijke macht en OM wordt een paar keer naar voren gebracht dat de indicatieadviezen te vaag zijn onderbouwd of dat adviezen uit de lucht komen vallen. Sommige formulieren worden onduidelijk ingevuld. Volgens deze drie geïnterviewden hoort het advies kort en bondig en duidelijk te worden onderbouwd en geformuleerd. Ze zeggen als juristen niets te kunnen met zinnen die ze lezen in de indicatieadviezen als:

'Op geleide van de effecten van de behandeling zou na stabilisatie, in overleg met betrokkene, reclassering en behandelaar, betrokkene voor ondersteunende begeleiding en activering toegeleid kunnen worden naar een structuur biedende 24-uurs voorziening waar hij eventueel weer kan toewerken naar alleen wonen met ambulante woonbegeleiding, eventueel gecombineerd met ambulante (deeltijd)-behandeling en poliklinische contacten in verband met beoordeling psychiatrisch toestandbeeld.'

Een indicatiesteller moet de rechtbank, het OM en de justitiabelen maximale duidelijkheid geven. Vaag gedoe kan niet worden vertaald door de rechter en opgenomen worden in een vonnis.

Een vierde respondent, een officier, begrijpt de term 'gemiddeld beveiligingsniveau' niet. Ze vraagt zich af of dit betekent dat een verdachte direct vanuit detentie naar een kliniek moet. Ook heeft ze soms moeite met het gebruikte jargon en de gebruikte afkortingen, met als voorbeeld 'kliniek binnen SGLVG-circuit'.

## **4.5 Conclusie**

Op forensisch gebied zijn verschillende partijen en organisaties belangrijk - met verschillende, soms tegenstrijdige belangen. Bij de formulering van de slotparagraaf van dit hoofdstuk hebben we getracht, op basis van de informatie en antwoorden op onze vragen van indicatiestellers en de verschillende categorieën ketenpartners, die tot hun recht te laten komen.

### *Bruikbaarheid instrumentarium volgens indicatiestellers*

- Uit de ingevulde evaluatiekaarten en de informele contacten met de indicatiestellers van het NIFP blijkt dat ze te spreken zijn over het doel van de vernieuwing van de indicatiestelling forensische zorg en over de bruikbaarheid en de waarde van het format en het wegingskader. Deze beide instrumenten leveren een goede bijdrage aan hun oordeelsvorming over de te stellen indicatie. Over de modellen advies en besluit zijn zij minder positief. Volgens de indicatiestellers kan worden volstaan met het wegingskader en het format indicatiestelling - het instrument dat volgens hen goed past bij het wegingskader en met behulp waarvan een goed onderbouwde, onafhankelijke en uniforme indicatie kan worden afgegeven.

### *Afnameduur en doorlooptijden*

- De afnameduur van de instrumenten bedroeg gemiddeld vijf uur. In het Uitvoeringsprotocol 2009-2010 Vernieuwing Forensische Zorg van het Ministerie van Justitie staat geschreven dat voor de periode van indicatiestelling door het NIFP een normtijd zal worden gehanteerd van *twee* tot *drie* weken na het ontvangen van de aanvraag – indien het dossier compleet is waarop het NIFP de indicatie baseert. In verband met deze streeftermijn heeft DSP-groep de tijd berekend tussen *de start* van de indicatiestelling c.q. ontvangst van het hele dossier en *de afgifte* van de NIFP-indicatie. Indien we de indicatiestellingen gestart vóór oktober 2008 (vóór aanvang van de testfase) *niet* meerekenen, dan is de periode tussen de start van de indicatiestelling en de afgifte gemiddeld drie weken. De

door het ministerie geformuleerde streeftermijn van twee of drie weken voor het stellen van de indicatie lijkt derhalve realistisch.

Daarnaast hebben we naar de doorlooptijden gekeken vanaf het moment van aanmelding bij het NIFP en het verzoek om een indicatiestelling bij de indicatiesteller tot aan de startdatum van de zorg. Op basis van de ingevulde evaluatiekaarten en registratiegegevens van het NIFP konden we zestien keer de doorlooptijd berekenen. Deze duurde gemiddeld vier maanden. Op grond van de interviews met de ketenpartners valt te vrezen dat de nieuwe wijze van indiceren vertragend werkt.

#### *Moelijkheden van zorgaanbieders*

- Voor de geïnterviewde zorgaanbieders is de nieuwe wijze van indicatiestelling in de praktijk regelmatig problematisch. De indicatie is gebaseerd op rapportages van anderen die onjuistheden of verouderde gegevens kunnen bevatten. De basis voor het geïndiceerde beveiligingsniveau is volgens de zorgaanbieders die we spraken soms onduidelijk en onjuist. Dit kan ten koste gaan van de veiligheid in de kliniek of afdeling. Sommige zorgaanbieders missen daarnaast somatische gegevens over de aangemelde cliënten. Een eigen intake en eigen inschattingen, mede gebaseerd op persoonlijk contact met de justitiabelen, vinden ze voor hun werk van groot belang.

#### *Omgang met bezwaren en de plaatsing*

- Een volgend knelpunt heeft vooral te maken met het plaatsingsproces, en veel minder met de bruikbaarheid van de instrumenten. Zorgaanbieders dienen als gevolg van een brief van de coördinator Plaatsing van de directie Forensische Zorg van DJI binnen 14 werkdagen na ontvangst van het toewijzingsbesluit aan te geven of het besluit geaccepteerd wordt of niet. Een eventueel bezwaarschrift tegen de plaatsing dient gemotiveerd bij de afdeling plaatsing van DForZo ingediend te worden. Dit is nieuw voor de zorgaanbieders. Zij vrezen een opnameplicht en adviseren in ieder geval verlenging van de bezwaartermijn met twee weken.

#### *Meningen van officieren en rechters*

- Met de nieuwe wijze van indicatiestelling voor klinische forensische zorg lijkt naar de mening van de officieren en rechters een verdergaande bureaucratisering in gang te zijn gezet. De nieuwe werkwijze leidt volgens hen vaker dan voorheen tot vertragingen, aanhoudingen van zittingen, andere afdoeningen van strafzaken dan de rechtbank hoort en wenst te doen, klinische forensische zorg die niet tot stand komt, een verslechtering van de rechtspositie en rechtszekerheid van de justitiabelen, wederzijds onbegrip en irritatie vooral bij rechters. Om hun werk goed te kunnen doen is het volgens de geïnterviewde officieren en rechters noodzakelijk in het indicatierapport de gewenste instelling die het zorgaanbod moet leveren te vermelden, de maximale duur van de beoogde forensische zorg en de opnamedatum.

## 5 Klinische verslavingszorgtrajecten

### 5.1 De pilot SVG, niet-forensisch klinisch

In het kader van het programma Vernieuwing Forensisch Zorg is de toeleiding naar niet-forensische klinische verslavingszorg in 2008 en 2009 door de verslavingsreclassering gedaan. 'Het NIFP heeft hier vooralsnog geen taak', aldus het Uitvoeringsprotocol 2009-2010 (p. 10). Het ministerie overweegt - mede afhankelijk van de resultaten van het DSP-onderzoek - na inwerkingtreding van de Wet forensische zorg de indicatie voor niet-forensische klinische verslavingszorg bij het NIFP onder te brengen, zoals het NIFP thans indiceert voor de forensische verslavingsklinieken of zorg binnen forensische verslavingsafdelingen.<sup>22</sup> Nu stromen justitiabelen nog via de verslavingsreclassering naar de niet-forensische klinische verslavingszorg of, afhankelijk van hun situatie, naar vormen van intensief beschermd wonen. Deze verdachten en veroordeelden worden geplaatst in afkickklinieken, motivatiecentra, dubbele diagnose klinieken en sociale pensions voor mensen met verslavingsproblemen. Hier worden ze opgenomen en verblijven ze tussen niet-justitiabelen. De inhoud, bruikbaarheid, tijdsinvestering, ervaringen en resultaten van de pilot SVG betreffende indicaties en toeleiding naar niet-forensische klinische verslavingszorg heeft DSP-groep in de eerste maanden van 2009 kunnen onderzoeken. Vanuit de pilotlocaties in Amsterdam, Arnhem, Den Haag en Leiden zijn twintig ingevulde evaluatiekaarten opgestuurd die indicaties voor niet-forensische klinische verslavingszorg betreffen. Met verschillende indicatiestellers en SVG-medewerkers heeft veelvuldig contact en hebben vele gesprekken plaatsgevonden – teneinde de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden.

#### Inhoud

Gedurende de pilotperiode hebben vijftien indicatiestellers werkzaam bij de verslavingsreclassering in Arnhem, Amsterdam, Den Haag en Leiden indicaties gesteld bij justitiabelen die het beste behandeld kunnen worden in niet-forensische klinische voorzieningen van verslavingszorg. Hiertoe maken de indicatiestellers gebruik van verschillende bronnen, overlegmomenten en instrumenten. De indicaties zijn gebaseerd op:

- Een gerichte bestudering van het dossier, schriftelijke en digitale informatie, justitiële documentatie en de rapportages over de betrokken justitiabelen.
- Overleg met de verwijzer.
- Overleg met medewerkers GW, penitentiaire inrichtingswerkers, officieren van justitie en zorgaanbieders.
- Overleg met werkbegeleider en eventueel met gedragsdeskundige.
- Gesprekken met cliënten, de justitiabelen om wie het gaat.
- Referentenonderzoek (familie, werkgever, hulpverlening).
- Afname RISC.
- Invulling van het format indicatiestelling.
- Toepassing van het wegingskader en invulling van de wegingsmatrix ontwikkeld door het CIZ.
- Invulling van het model indicatieadvies of indicatiebesluit van het Ministerie van Justitie van 8 oktober 2008.

Noot 22 Zie: [www.om.nl/organisatie/beleidsregels/overzicht/executie\\_afdoening/@150626/aanwijzing\\_plaatsing\\_0/](http://www.om.nl/organisatie/beleidsregels/overzicht/executie_afdoening/@150626/aanwijzing_plaatsing_0/)

De twintig cliënten voor wie klinische indicaties werden afgegeven zijn vrijwel allemaal mannen. Ze hebben vrijwel allemaal een zware achtergrond: geweld, laag of nauwelijks opgeleid, werkloosheid, verwaarlozing, leven tussen verschillende culturen, gezondheidsproblemen en ernstige psychosociale of psychiatrische problemen. Het gaat om mensen die verslaafd zijn aan alcohol en drugs. Justitiabelen met gokproblemen en andere verslavingen kwamen niet voor in deze pilot.

We weten niet of alle niet-forensische klinische indicatiestellingen in de testfase op de nieuwe manier gebeurden. Vermoedelijk niet. Sommige justitiabelen die onder toezicht staan van de reclassering werden namelijk door behandelaars van methadonteams aangemeld bij klinische verslavingszorg. Hoe vaak dat gebeurde gedurende de testfase is onbekend. Als justitiabelen het beste opgenomen kunnen worden in een forensische verslavingskliniek of een forensische verslavingsafdeling, dan werd het verzoek om afgifte van een indicatie forensische zorg conform de bedoeling doorgestuurd naar het NIFP.

Gedurende de testfase bestaat de inhoud van de pilot daarnaast uit invulling van de evaluatiekaart van DSP-groep - met vragen over de achtergronden, aanleiding, bruikbaarheid en afnameduur van de indicatiestelling. In de periode van januari tot eind april 2009 hebben indicatiestellers van de SVG 20 'klinische' evaluatiekaarten ingevuld.

De indicatiestellers stellen de hulpvraag vast van de justitiabelen die verslavingszorg nodig hebben, en stellen op basis van al het schriftelijke materiaal en de gesprekken de zorgbehoefte van de justitiabelen vast, alsmede het beveiligingsniveau dat nodig is. Zij hebben tijdens het indicatieproces veelvuldig contact met collega-reclasseringswerkers, werkbegeleiders, toezichthouders, behandelaars en zorginstanties. Ook vindt in vrijwel alle geïndiceerde zaken overleg plaats met een BIG-geregistreerde professional.

Anders dan in de pilot van het NIFP spreken de SVG-indicatiestellers de justitiabelen wel persoonlijk, minstens een keer en vaak meerdere keren. Ze stellen een indicatie op basis van hun analyse van alle gegevens, gesprekken en informatie, de invulling van het format indicatiestelling en de toepassing van het wegingskader. Ten slotte vullen ze het model in dat door het ministerie is ontwikkeld ten behoeve van de testfase.

## **5.2 Afnameduur en doorlooptijden**

### **Afnameduur**

Gedurende het DSP-onderzoek naar de klinische SVG-indicaties en -trajecten hebben we eveneens onderscheid gemaakt tussen de afnameduur en de doorlooptijden. Ook hier verstaan we onder afnameduur het aantal uren dat de indicatiesteller daadwerkelijk aan een indicatiestelling besteedt. Net als de NIFP-medewerkers waren de reclasseringswerkers betrokken bij de SVG-pilot gemiddeld vijf uur bezig met een klinische indicatiestelling.

### **Tussen de start van de indicatiestelling en de afgifte**

Zoals vermeld heeft het ministerie in het Uitvoeringsprotocol 2009-2010 Vernieuwing Forensische Zorg gesteld dat vanaf begin 2009 een doorlooptijd voor de indicatiestelling zal worden gehanteerd van *twee* tot *drie* weken na het ontvangen van de aanvraag. In verband met deze streeftermijnen hebben we eveneens de tijd berekend tussen de start van de indicatiestelling en de afgifte van de SVG-indicatie.

Deze periode duurde gedurende de pilot gemiddeld 45 dagen - ruim zes weken, met als basis 17 indicaties die gesteld zijn gedurende de pilotperiode. Bij verschillende indicatiestellingen duurde de periode tot de afgifte erg lang: 68, 71, 75, 88, 97, 89, 106 en 123 dagen. Het ging hier om rapportages die zijn aangevraagd ver vóór de start van de pilot. Indien we deze niet meerekenen duurt de periode tussen de start van de indicatiestelling en de afgifte gemiddeld 23 dagen, ruim drie weken. Er lijkt dus nauwelijks verschil in tijdsduur te bestaan met de indicatiestellingen vanuit de pilot NIFP.

#### *Completeren dossiers*

Belangrijk verschil met de werkwijze van het NIFP is dat de reclasseringswerkers niet wachten met indiceren en doorgeleiding naar zorg totdat het dossier compleet is. Ook als een indicatiesteller niet beschikt over een uittreksel justitiële documentatie wordt het proces in gang gezet en de indicatie afgegeven. De nodige informatie over eerder delictgedrag en eerdere afdoeningen wordt dan bij voorbeeld beschreven op basis van de gesprekken met de betrokken justitiabelen of eerdere rapporten.

#### **Doorlooptijd tussen verzoek om een advies en startdatum zorg**

We hebben tevens de doorlooptijd berekend vanaf het moment van aanmelding en verzoek om een voorlichtingsrapport (op basis waarvan de reclasseringswerker besluit dat een indicatie voor klinische zorg nodig is) tot de startdatum van de zorg. Bij twee van de twintig zorgtoeleidingen vanuit de klinische SVG-pilot was de startdatum van de behandeling onbekend. Vijf keer was de doorlooptijd niet te berekenen omdat plaatsing mislukte, bij voorbeeld omdat de justitiabele met succes de in zijn ogen beknutting van zijn vrijheid tegenwerkte, omdat reclasseringstoezicht niet was opgelegd tijdens de zitting (het kader waarin de zorg zou plaatsvinden) en wegens plaatsgebrek en afwijzingen door de kliniek. Eén keer bedroeg de doorlooptijd slechts een maand, maar werd de justitiabele alsnog afgewezen door de zorgaanbieder in verband met de diagnostiek en de afloop van de strafrechtelijke titel. Eén keer bedroeg de doorlooptijd nul dagen omdat de zorg direct na detentie en indicatie kon starten. Het ging hier om een justitiabele die zeer gemotiveerd was voor hulp.

Bovengenoemde zaken, inclusief de zaak met nul dagen doorlooptijd, hebben we *buiten* de berekening van de gemiddelde doorlooptijd gelaten. Op basis van elf indicaties en doorgeleidingen naar zorg kunnen we vermelden dat de doorlooptijd gemiddeld 79 dagen duurde, ruim twee en een halve maand.

#### **Aanvulling**

Op grond van ons onderzoek naar de tijdsinvestering lijken de SVG-trajecten iets sneller gerealiseerd te worden dan de forensische klinische trajecten. Het is volgens ons goed voorstelbaar dat zorgtoeleiding naar klinieken door de verslavingsreclassering in het algemeen sneller verloopt dan vanuit het NIFP, vanwege de kortere lijnen en meer intensieve en hechtere vormen van samenwerking en afstemming tussen indicatiestellers en zorgaanbieders. Het beeld van een gemiddeld snellere doorlooptijd bij de pilot SVG wordt bevestigd door de interviews met zorgaanbieders, officieren van justitie en rechters. De respondenten, met name degene die te maken hebben met IrisZorg Arnhem en het NIFP Arnhem, hebben de indruk dat de toegang via de SVG tot verslavingsklinieken over het algemeen beter en soepeler is geregeld dan de toegang tot forensische klinische zorg via het NIFP.

We hebben in verband met de kleine aantallen zaken waarop we doorlooptijden konden berekenen, niet gekeken naar eventuele verschillen in de afgifteduur tussen zogenaamde toezichtzaken en voorlichtingszaken. Van verschillende zorgaanbieders en indicatiestellers hebben we begrepen dat in geval van schorsing voorlopige hechtenis de betrokken indicatiestellers en zorgaanbieders alles op alles zetten om de justitiabelen direct aansluitend in klinische zorg te krijgen. Als iemand eerst een gevangenisstraf moet uitzitten dan wordt opname vanzelfsprekend uitgesteld.

### 5.3 Mening en ervaringen van SVG-indicatiestellers

#### Algemeen

De vijftien medewerkers van het SVG die meewerken aan de klinische pilot zijn van mening dat een deel van het instrumentarium in meer of mindere mate bruikbaar is. Op de formulieren kan duidelijk in kaart worden gebracht om welke justitiabelen het gaat, de diagnostiek en belangrijkste problemen van de cliënten, de aard en ernst van de verslaving, de samenhang met criminaliteit, achterliggende psychische problemen of moeilijkheden in contact met andere mensen, de aard van de behandeling die nodig is, het beveiligingsniveau en de zorgzwaarte.

De indicatiestellers passen het wegingskader toe en vullen het format indicatiestelling in met de toelichting. Ze beschrijven op basis van het documentenonderzoek en de gesprekken het beveiligingsniveau en de behandelingen die nodig zijn.

Ze maken daarbij gebruik van hun vaardigheden in de omgang met verslaafden, hun netwerk bij de zorginstellingen en klinieken, kennis van verslaving en het delictgedrag dat samenhangt met misbruik van roesmiddelen – en de behandeling daarvan. Anders dan bij het NIFP stemmen de SVG-reclasseringswerkers de indicatierapporten en adviezen in vrijwel elke zaak nauw af met de klinische zorgaanbieders.

#### De bruikbaarheid van het format en het model

Het format indicatiestelling en het model indicatiebesluit zouden volgens de SVG-indicatiestellers bruikbaar kunnen zijn. Met behulp van deze instrumenten kunnen de benodigde zorgbehoefte en het beveiligingsniveau in kaart worden gebracht. Anders dan bedoeld leveren de instrumenten géén bijdrage aan hun oordeelsvorming over de op te stellen indicatie. De formulieren helpen hen bij het gestructureerd en onderbouwd weergeven van een indicatie. Een enkeling is van mening dat het handig is om alle informatie in één document (het format) weer te geven.

De bruikbaarheid van het format is volgens de indicatiestellers afhankelijk van de fase waarin justitiabelen verwezen moeten worden naar klinische zorg. Als dat gebeurt op verzoek van een officier van justitie in het kader van een voorlichtingsrapportage dan vinden de indicatiestellers het format meer bruikbaar dan als de indicatie geschiedt in de toezichtfase - als alles al bekend is. In het kader van de voorlichting aan de rechtbank en aan de officier zijn de formulieren bruikbare instrumenten. De reclasseringswerkers kunnen in kaart brengen om wie het gaat en met welke problemen de justitiabelen kampen. Volgens reclasseringswerkers beschrijven ze met behulp van het format soms meer in concreto hoe de behandeling er uit zou moeten zien - qua aard en zwaarte.

*Echter*, de combinatie met het schrijven van de voorlichtingsrapportages, afname van het diagnose-instrument RISC, hun andere diagnostiek en advieswerk en de werkzaamheden van de intakefunctionarissen van de poliklinieken en de opnamecoördinatoren op het gebied van de forensische en niet forensische klinische verslavingszorg maken de formulieren en nieuwe indicatiestellinginstrumenten sterk

verminderd bruikbaar - aldus de SVG-werkers. Deze activiteiten, met name die in het kader van de voorlichtingsrapporten en die voor de totstandkoming van de overige dossierinformatie, verminderen en minimaliseren de meerwaarde van de indicatiestelling forensische zorg. Deze en andere moeilijkheden worden hieronder nader toegelicht.

### **De toepassing van het wegingskader**

De toepassing van het wegingskader leidt in de klinische SVG pilot tot verwarring, problemen en kost de indicatiestellers veel moeite en tijd. De medewerkers zijn van mening dat ze met behulp van het wegingskader de informatie die relevant is niet goed kunnen afwegen. Men vindt de matrix onhandig en onbruikbaar. Het wegingskader biedt hen onvoldoende handvatten om goed zicht te krijgen op de zorgbehoefte en het beveiligingsniveau dat justitiabelen nodig hebben. De indicatiestellers van de SVG missen een duidelijke uitleg bij het wegingsinstrument. Vanuit welke visie of vanuit welk referentiekader de factoren en items ingevuld, gezien en gewogen moeten worden, is volgens hen onduidelijk. Hierdoor heeft het instrument voor hen geen waarde. Inschatting van de verblijfsintensiteit, het beveiligingsniveau en de aard van de behandeling met behulp van de wegingsmatrix is lastig. Het is soms moeilijk om het juiste item aan te kruizen, om de juiste keuze te maken. Meerdere antwoorden zijn mogelijk waardoor het moeilijk is het juiste te geven. De indicatiestellers signaleren bovendien overlap tussen verschillende items en factoren. Een oplossing wordt dan gevonden in 'sturend' invullen - naar de gewenste indicatie toeschrijven. Enkele indicatiestellers konden wel met het wegingskader omgaan, maar vonden het instrument te veel tijd vragen. Volgens hen waren ze zonder het instrument op dezelfde indicatie en verwijzing uitgekomen.

### **Knelpunten**

De SVG-indicatiestellers hebben meer moeite met het nieuwe instrumentarium, ook met het model en het format, dan de NIFP-medewerkers. Uit de analyse van de door de SVG-indicatiestellers ingevulde evaluatiekaarten en de informele contacten komen de volgende moeilijkheden naar voren:

#### *Dubbel werk*

- De indicatiestellers zijn werkzaam als reclasseringswerkers diagnose en advies. Ze schrijven een voorlichtingsrapport voor de justitiële autoriteiten, vullen bij behorende formulieren in en nemen diagnostische instrumenten af. De indicatieformulieren komen daar gedurende de testfase bij. Indien de indicatie afgegeven wordt gedurende de fase van reclasseringstoezicht maken ze gebruik van de rapportages en alle gegevens die al bekend zijn. Vervolgens vullen ze de verschillende indicatiestellingformulieren in, met veelal dezelfde informatie. Dit leidt tot 'knippen en plakken' of pogingen om steeds anders formuleren. Een indicatiesteller legt uit:  
'Wat mij opvalt is dat het indicatiestellinginstrumentarium veel herhalingen bevat. Ik bezit het voorlichtingsrapport, de rapportage verdiepingsdiagnostiek en de RISc, waar allemaal hetzelfde uitkomt. Dat voelt dan als wel heel erg veel van hetzelfde.'  
Terwijl ze volgens de 'oude' werkwijze de justitiabelen slechts aan hoefden te melden (met het bijbehorende dossier) bij een intake- of opnamecoördinator - die vervolgens de aanmelding en opname bij de klinieken regelde (voor zowel 'lichtere' als 'zwaardere' klinische verslavingszorg). Dit wringt met de factor tijd en geeft het gevoel dubbel werk te verrichten.

Sommige items komen bovendien meerdere malen in de indicatieformulieren aan de orde. Dit komt de overzichtelijkheid niet ten goede. Ook tussen de constructen verblijfsintensiteit en aard van de geïndiceerde behandeling bestaat volgen hen overlap. De geïndiceerde verblijfsintensiteit zegt al iets over de aard van de behandeling die nodig is.

Kortom: De indicatiestellers vinden dat het format en het model zinvol zouden kunnen zijn. Maar op deze wijze – in combinatie met de andere formulieren, de RISc en andere instrumenten die ze invullen en afnemen – is het onnodig veel dubbel werk. Het genereert extra werkdruk, extra administratie.

#### *De bekende weg*

- De diverse onderdelen van het format en het model zijn op zichzelf duidelijk. Ze leveren alleen nauwelijks nieuwe informatie op. Van te voren weten de meeste indicatiestellers al welke zorgtrajecten ze willen bewandelen met hun cliëntèle. Het werk van de reclassering in de voorlichtingsfase en tijdens het toezicht, met de bijbehorende rapportages, leveren voldoende informatie voor de indicatie. Het kost enige tijd om de instrumenten in te vullen en toe te passen. Omdat getwijfeld wordt aan de meerwaarde van deze activiteit ervaren de werkers dit als te lang. Afnahme van het instrument levert dan ergernis op. De RISc en vooral de MATE zouden meer houvast geven om tot een goede indicatie te komen, en een beter inzicht bieden in de behoefte aan klinische zorg.<sup>23</sup> Met behulp van de MATE kan op deskundige en tijdige wijze een indicatie worden gesteld voor behandeling in de verslavingszorg.

#### *Motivatie*

- De indicatiestellers signaleren dat het instrumentarium geen rekening houdt met de motivatie van de cliënt voor begeleiding. Verslavingszorg is volgens de indicatiestellers een vak apart. De motivatie van de cliënt en het resultaat van motivering door de SVG-medewerkers zijn belangrijke onderdelen (voor het welslagen) van het werk. Het gaat dan zowel om de mate waarin de justitiabelen zelf gemotiveerd zijn om problematisch gedrag te veranderen als de druk van familie en andere steunende personen op de betreffende justitiabelen om in behandeling te gaan en zorg te aanvaarden. Het ontbreken en bestaan van deze vormen van intrinsieke en extrinsieke motivatie voor behandeling, hulp en het herstelproces dienen volgens de klinische SVG-werkers belangrijke factoren te zijn bij de indicatiestelling.

#### *Geldigheidsduur*

- Met de bepaling van de geldigheidsduur van het indicatieadvies lijken de SVG indicatiestellers minder moeite te hebben dan het NIFP. Bij de duur vult men de (resterende) duur van het toezicht in. Een enkeling wil (gedurende de vroeghulp) geen geldigheidsduur bij het indicatieadvies invullen. Deze werker vindt dat ze niet de bevoegdheid heeft hierover te oordelen. Ze schrijft het wel eens te zijn met koppeling van de geldigheidsduur aan reclasseringstoezicht waarvoor bepaalde termijnen staan.

Noot 23 De MATE (-crimi) is een in opdracht van het Ministerie van Justitie ontwikkeld verdiepingsinstrument op de RISc, het standaard diagnostiek- en screeningsinstrument van de reclassering. De MATE richt zich specifiek op verslaving en de samenhang met crimineel gedrag en de kans op succes in behandeling. De MATE (Meten van Addictie voor Triage en Evaluatie) meet het functioneren en de zorgbehoefte, aanwijzingen voor psychische en somatische comorbiditeit, behandelhistorie enzovoorts. Het instrument geeft een indicatie voor de zorgintensiteit en zorgzwaarte. Besteedt aandacht aan behandelhistorie, verslavingsernst, psychiatrische comorbiditeit en sociale integratie. Het is ontwikkeld ten behoeve van justitiabelen, met als doel het nemen van een beslissing over toewijzing naar bepaalde vormen van zorg en behandeling (vergelijk H. Verburg, L. Josée & S. Roosjen, Indiciestellinginstrument Forensische Zorg. Format en toelichting voor de wijze van indicatie van beveiliging en zorg. Utrecht: Trimbos-instituut, Cappemini, NIFP, 29 november 2007, p. 4).



#### *Het beveiligingsniveau*

- Het noodzakelijke beveiligingsniveau vaststellen op basis van het ingevulde wegingskader lijkt aardig maar is niet relevant voor de SVG. De reclasseringswerkers zijn van mening dat als de zaak wordt uitgedeeld en ondergebracht bij een werker (diagnose en advies), het gewenste beveiligingsniveau (laag) eigenlijk al duidelijk is. Voor hen is het niet zo'n item. Bovendien helpt het instrumentarium niet bij de bepaling van het beveiligingsniveau dat nodig is.

#### *De route*

- Voor de indicatiestellers is het regelmatig onduidelijk welk ingevuld indicatiestellingformulier naar wie moet. Men heeft het gevoel dat het aan het einde van de keten, op het niveau van DForZo, niet goed is geregeld. Opnamecoördinatoren van de zorgaanbieders krijgen de indicatieformulieren hierdoor niet altijd toegestuurd. De indicatieformulieren worden dan wel ingevuld maar niet doorgestuurd naar de instellingen en instanties. Indiciestellers ervaren DForZo als moeilijk en onbereikbaar. DForZo zelf geeft aan de informatie naar aanleiding van klinische SVG-indicaties (nog?) niet in beheer te hebben. Ook bij de zorgaanbieders zou onduidelijkheid bestaan over de indicatiestelling forensische zorg, aldus de indicatiestellers. Soms is het net of de instantie de cliënt moet aannemen. Terwijl de cliënt nog geen intake heeft gehad, en er misschien contra indicaties zijn. Volgens indicatiestellers is het heel soms onduidelijk welke zorgaanbieders in de categorie forensische zorg vallen en welke niet.

## **5.4 Meningen en ervaringen van ketenpartners**

Om een indruk te krijgen van de meningen en ervaringen van de afnemers van de indicaties die zijn afgegeven vanuit de pilot SVG niet-forensisch klinisch hebben we 16 ketenpartners kunnen interviewen. Het gaat hier om zes vertegenwoordigers van zorgaanbieders, zeven officieren van justitie en drie rechters. Ondanks de vele verzoeken, pogingen, acties en vragen van DSP-groep is het niet gelukt om meer relevante ketenpartners te achterhalen en te bevragen. We hebben geprobeerd te achterhalen hoe de SVG-indicaties door deze afnemers worden beoordeeld, waar mogelijk in vergelijking met de indicaties voor forensische klinische trajecten door het NIFP.

### **De zorgaanbieders**

Het beeld van de ingevulde formulieren dat uit de gesprekken met de zes zorgaanbieders rijst is twee keer negatief en één keer voldoende tot positief. Een vierde vertegenwoordiger, een intakefunctionaris, kwalificeert de instrumenten en ingevulde formulieren als helder (en erg ingewikkeld) maar gebruikt ze niet. Voor de beslissingen die hij moet nemen, maakt hij alleen gebruik van zijn eigen werkwijze.<sup>24</sup> Een vijfde respondent noemt het instrumentarium in concept goed, 'maar het wordt opgelegd in een wereld die niet werkt zoals dat nodig is voor het instrument. Het ministerie heeft een andere insteek dan de zorginstellingen'. De zesde zorgaanbieder die we hebben geïnterviewd, kan de bruikbaarheid van de instrumenten niet beoordelen omdat hij de formulieren nog niet toegestuurd heeft gekregen. De betreffende indicatiestellers geven aan niet te weten wie welk formulier naar wie moet

Noot 24 Deze respondent krijgt indicaties van de SVG en het NIFP, omdat hij ook de intake doet van een van de zwaardere verslavingsklinieken. Zowel de ingevulde formulieren door de SVG als die van het NIFP noemt hij voldoende.

versturen.

Zoals eerder opgemerkt is in de drie testregio's de klinische verslavingszorg grotendeels geïntegreerd met de verslavingsreclassering. In dat kader is het wellicht relevant te vermelden dat een van de twee zorgaanbieders die negatief zijn over de bruikbaarheid van de instrumenten *niet* gelieerd is aan de SVG. De overige geïnterviewde zorgaanbieders zijn dat wel. De ('SVG') zorgaanbieder die positief is over de instrumenten ziet de afgegeven indicaties als geschikte aanmeldingen voor de intakeprocedures van de klinieken waarvoor hij de intake doet.

## **De officieren en rechters**

Er zijn zeven officieren van justitie en drie rechters ondervraagd over de bruikbaarheid van de afgegeven 'klinische' indicaties door de SVG. Ze zijn werkzaam in Amsterdam, Arnhem, Zutphen en Den Haag. Waar mogelijk hebben we geprobeerd vergelijkingen te maken met de werkwijze van het NIFP. Gedurende de SVG-pilot niet-forensisch klinisch kregen de officieren en rechters het model met de indicatie geniet aan het gewone voorlichtingsrapport, of het ingevulde model en het format bij de reclasseringsrapporten.

### *De kwaliteit van de instrumenten*

- Acht officieren en rechters hebben een neutraal tot positief oordeel over de indicatierapporten van de SVG. Twee officieren zijn negatief over de kwaliteit van de ingevulde formulieren als zij die vergelijken met de bijgevoegde voorlichtingsrapporten. Dan vinden ze de ingevulde indicatieformulieren te weinig *to the point* en te summier. Volgens hen kan worden volstaan met een duidelijk voorlichtingsrapport, waarin duidelijk wordt aangegeven naar welke instelling de verdachte kan en waarom de professional die kliniek aanbeveelt. Deze twee officieren vinden de voorlichtingsrapportages duidelijker en beter dan de ingevulde indicatieformulieren.

### *De doorlooptijden*

- Drie officieren ontvingen de adviezen of net op tijd of te laat. Een van die officieren vertelt dat een indicatiestelling vlak voor of vlak na de zitting weinig verschil maakt:

'Voor ons zittingsofficieren van justitie, voor de beslissingen die ik moet nemen, maakt het eigenlijk niet veel uit. Ik kan ook een voorwaardelijke straf eisen met reclasseringstoezicht als bijzondere voorwaarde, dat de betrokken justitiabele zich moet houden aan de aanwijzingen van de reclassering, ook als dit inhoudt dat de betrokken justitiabele een behandeling in een verslavingskliniek moet ondergaan. Met indicatie is mooier. Als er een indicatie ligt dan kan het concreter: dan haal je de suggestie voor kliniek zus of zo uit de indicatie.'

Ter informatie: deze officier van justitie beschouwt het reclasseringsrapport, het voorlichtingsrapport, als de onderbouwing van het indicatie-advies.

Een officier van justitie ontving een gedegen indicatierapport van de SVG, op tijd. De overige drie officieren en de drie rechters maken een vergelijking met de afgifte van indicaties door het NIFP. Een rechter:

'Ik heb de indruk dat IrisZorg soepeler werkt in de zin dat ik bij hen niet zo veel merk van de indicatiestelling. Dat vind ik prima, omdat het er ons natuurlijk om gaat dat iemand op tijd zonder aanhoudingen op de juiste plek komt. Via welke systematiek van de indicatiestelling dat gaat is voor ons van minder belang.'

De rechters en enkele officieren hebben de indruk dat de indicatiestelling voor klinische zorg via de verslavingsreclassering sneller gaat dan via het NIFP.

#### *Onafhankelijkheid*

- De officieren en rechters hebben de indruk dat de verslavingsreclassering zich laat leiden door de ernst en aard van de problemen van de justitiabelen als zij toeleiden naar een verslavingskliniek. Er zijn geen aanwijzingen dat naar een bepaalde behandeling wordt toegeschreven. Een officier uit Amsterdam noemt het 'niet in het nadeel van de cliënten' om naar de Jellinek verwezen te worden. De ondervraagde rechters en enkele officieren noemen verwijzing naar de eigen kliniek juist goed - want sneller.  
Een rechter: 'IrisZorg werkt sneller dan het NIFP. Het is een veel minder logge organisatie.'  
Een andere rechter zegt:  
'Afhankelijkheid of onafhankelijke indicaties van IrisZorg? Daar heb ik me nog niet in verdiept. IrisZorg is hier goed georganiseerd. Ze hebben de Groninger-singel, het IrisZorg motivatiecentrum, de dubbele diagnose kliniek. Van een eventuele niet onafhankelijkheid hebben we nog nooit last gehad.'  
Een van de officieren is van mening dat de verslavingsreclassering er geen belang bij heeft om naar een bepaalde kliniek toe te schrijven:  
'Want als een behandeling niet slaagt is dat niet in het belang van de SVG. Ik vind het fijn als het in één hand is, indiceren en opname in een kliniek en dat niet weer het NIFP ertussen komt. Het NIFP indiceert namelijk anders: van papier. IrisZorg heeft met de cliënt gesproken, maakt soms een andere inschatting. Het NIFP is slecht voor de doorlooptijden.'  
Onafhankelijk indiceren maakt de indicatie niet beter, menen deze rechters en officieren.

## **5.5 Conclusie**

#### *Ervaringen indicatiestellers*

- Uit de ingevulde evaluatiekaarten en de informele contacten met de klinische SVG-indicatiestellers blijkt dat ze te spreken zijn over het doel van de vernieuwing van de indicatiestelling forensische zorg. Over de bruikbaarheid en de waarde van het format, het model en het wegingskader zijn ze minder te spreken. Vooral het wegingskader wordt als te veel en te ingewikkeld ervaren. Invulling en afname van de drie instrumenten vinden ze omslachtig en overbodig. Het leidt tot dubbel werk en 'knippen en plakken' uit de voorlichtingsrapportages en diagnostische instrumenten zoals RISC. En toeschrijven naar de gewenste uitkomst.  
Volgens de indicatiestellers kan worden volstaan met afname van de RISC of de MATE crimi, en een korte aanvulling met een duidelijk advies bij de reguliere reclasseringsrapportages. Op deze wijze kan volgens hen een goed onderbouwde, passende en uniforme indicatie worden afgegeven, afhankelijk van de aard en ernst van de problematiek en het gedrag van de justitiabelen.

#### *Afnameduur en doorlooptijden*

- Net als de NIFP-medewerkers zijn de SVG-reclasseringswerkers gemiddeld vijf uur bezig met een klinische indicatiestelling. In het Uitvoeringsprotocol 2009-2010 Vernieuwing Forensische Zorg van het Ministerie van Justitie staat geschreven dat voor de indicatiestelling een normtijd zal worden gehanteerd van twee tot drie weken na het ontvangen van de aanvraag. In verband met deze streeftermijn heeft DSP-groep de tijd berekend tussen de start van de indicatiestelling en de afgifte van de SVG-indicatie. Indien we de indicatiestellingen naar

aanleiding van verzoeken die binnenkwamen vóór de start van de pilot *niet* meerekenen, dan is de periode tussen de start van de indicatiestelling en de afgifte gemiddeld drie weken.

De doorlooptijd vanaf het moment van aanmelding en verzoek om een indicatiestelling bij de indicatiesteller tot de startdatum van de zorg bedroeg gemiddeld twee en een halve maand. Met behulp van de ingevulde evaluatiekaarten en registratiegegevens van de SVG hebben we in dit verband elf casussen in onze berekening meegenomen. We weten niet of deze zaken een representatief beeld geven van de doorlooptijden vanuit de pilot SVG niet-forensisch klinisch. De ketenpartners uiten géén klachten over verslechtering van de doorlooptijden naar aanleiding van de SVG-pilot.

#### *Meningen van zorgaanbieders*

- De reactie van de geïnterviewde zorgaanbieders op de testfase is weinig enthousiast. De 'oude' geïntegreerde werkwijze, waarbij de verslavingsreclassering en intakefunctionarissen samen de toeleiding verzorgen naar de klinische verslavingszorg, vinden ze voor hun werk van groot belang. Op deze wijze kan maatwerk worden geleverd. Indien noodzakelijk snel, bij voorbeeld als een justitiabele nog niet zo lang verslaafd is of als een justitiabele ontslagen wordt uit voorlopige hechtenis en direct klinische verslavingszorg nodig heeft.

#### *Ervaringen van officieren en rechters met de SVG*

- De bevroegde officieren en rechters uiten minder klachten over de klinische indicaties van de SVG dan over het NIFP. De verslavingsreclassering werkt naar hun mening minder bureaucratisch, soepeler en sneller. Dit lijkt te leiden tot een soepelere overgang van detentie of toezicht naar zorg. Volgens deze respondenten is hierdoor de toegang tot niet-forensische klinische verslavingszorg beter geregeld dan die tot forensische klinische zorg.

## 6 Ambulante trajecten

### 6.1 Inleiding

De bruikbaarheid van het indicatiestellinginstrumentarium voor ambulante trajecten is vanaf november 2008 uitgetoetst door locaties van de drie reclasseringsorganisaties: Reclassering Nederland, Leger des Heils Jeugdzorg en Reclassering en de Stichting Verslavingsreclassering GGZ (3RO). Daarnaast is rond die zelfde tijd een pilot gestart in het gevangeniswezen (GW). Dit betekent dat leden van het psychomedisch overleg van de penitentiaire inrichting Havenstraat in Amsterdam en die van de penitentiaire inrichting Nieuwegein proberen te indiceren volgens de nieuwe werkwijze.

#### Inhoud pilot

Gedurende een pilotperiode van vier maanden verzorgen reclasseringswerkers en medewerkers van de inrichtingen in Amsterdam en Nieuwegein de indicatiestellingen bij forensische cliënten die het beste ambulant, poliklinisch of via een ander licht zorgtraject behandeld en ondersteund kunnen worden.<sup>25</sup> De aard van de behandeling die vanuit de ambulante indicatiestellingtrajecten wordt geïndiceerd betreft meestal begeleiding en diagnostiek. *Begeleiding* kan worden geïndiceerd indien uit toepassing van het wegingskader score 1 blijkt. Begeleiding is primair gericht op ondersteuning en verbetering van het sociaal functioneren van de cliënten.<sup>26</sup> *Diagnostiek* kan ook de uitkomst zijn van de indicatie. Diagnostiek kan worden geïndiceerd als een sterk vermoeden bestaat van psychiatrische problematiek of een verstandelijke beperking bij een cliënt maar de specifieke aard daarvan en de aard van de behandeling nog niet vastgesteld kunnen worden (score 2 wegingsmatrix). We benadrukken hier de indicatie diagnostiek, in verband met opmerkingen en verbazing die geïnterviewde ketenpartners (aanbieders ambulante zorg) ventileerden tijdens de interviews (zie paragraaf 5.3).

Net als in de 'klinische' SVG en NIFP pilots kunnen de indicatiestellinginstrumenten en documenten digitaal worden ingevuld en opgeslagen. Gedurende de testfase maken de indicatiestellers gebruik van verschillende bronnen en instrumenten. De indicatie geschiedt op basis van:

- Een gerichte bestudering van dossiermateriaal, een eventueel vonnis, voorlichtingsrapportages over de betrokken cliënten en rapporten van eerdere hulpverleners, schriftelijke verslagen, de TULP-verblijfsregistratie, het trajectplan voor ISD-ers, opgesteld door de verblijfsafdeling van ISD-ers, met daarin de acties en activiteiten met een ISD-er van de afgelopen tijd, of andere persoonsregistraties en -rapporten over de justitiabelen.

Noot 25 In de pilot Gevangeniswezen wordt de indicatiestelling verricht door behandelaars – leden van het psycho-medisch overleg. Bij de reclassering wordt de pilot uitgevoerd door medewerkers diagnose en advies. Organisatorisch is de functie diagnose en advies sinds 2007 gescheiden van de andere functies van de reclassering. Reclasseringsmedewerkers die het toezicht uitvoeren doen niets meer op het gebied van diagnose en advies, bij voorbeeld aan de rechtbank op basis van de RISc. Reclasseringswerkers diagnose en advies zijn op hun beurt niet belast met de uitvoering van het toezicht (J.A. van Vliet, Rechter en reclassering als ketenpartners, Justitiële Verkenningen, nummer 6, 2007).

Noot 26 Zie CIZ, De ontwikkeling van het (prototype) wegingskader voor de indicatiestelling forensische zorg, 9 september 2008, eindrapport versie 3.1, p. 13.

- Gesprekken met de cliënten, met de justitiabelen om wie het gaat.
- Invulling van het format voor de drie reclasseringsorganisaties of voor het gevangeniswezen, met verantwoording van het advies of indicatiebesluit. Dit format lijkt op dat van het NIFP. Hierop worden gegevens verzameld die van belang zijn bij het komen tot een indicatiestelling.
- Het wegingskader ontwikkeld door het CIZ. Met behulp van dit prototype kunnen de gegevens 'gewogen' worden. De wegingsmatrix is dezelfde als die het NIFP gebruikt, ontwikkeld om de indicatiesteller te helpen tot een geordend oordeel te komen over het noodzakelijke beveiligingsniveau en de zorg, begeleiding of diagnose die nodig is.
- Het model indicatieadvies of indicatiebesluit van het ministerie van justitie van 8 oktober 2008. Hierop worden de uitkomsten van de indicatiestelling en toepassing van het wegingskader weergegeven. Het advies gaat naar de opdrachtgever (OM/ZM), die het advies kan omzetten in een besluit door een juridisch kader vast te stellen waarbinnen zorg verleend kan worden. Het besluit dient verzonden te worden naar de afdeling zorginkoop van de Directie Forensische Zorg, en dient, samen met het juridisch kader, als betalingsgrondslag voor de zorg.

De indicatiestellers voor de ambulante trajecten stellen de precieze hulpvraag vast van de justitiabelen die forensische zorg nodig hebben, analyseren de persoonlijke situatie en zorgbehoefte van de justitiabelen op basis van rapporten, de voorlichting en risicotaxatie-instrumenten en verdere beschikbare schriftelijke gegevens en stellen het beveiligingsniveau vast dat nodig is. Zij hebben tijdens het indicatieproces contact met collega's, werkbegeleiders, intakefunctionarissen en behandelaars van zorginstanties. Anders dan in de pilot van het NIFP zien de indicatiestellers van de drie reclasseringsorganisaties en het gevangeniswezen de justitiabelen zelf wel.

#### *De evaluatiekaarten van DSP-groep*

Gedurende de testfase hebben de betrokken indicatiestellers van de reclassering en het gevangeniswezen de evaluatiekaart van DSP-groep ingevuld. Zij gaven antwoord op vragen over de achtergronden, aanleiding, bruikbaarheid en afnameduur van de indicatiestelling.

In de periode van november 2008 tot en met half januari 2009 hebben 21 indicatiestellers van de testlocaties van de drie reclasseringsorganisaties 35 evaluatiekaarten ingevuld (peildatum 12 januari 2009). Zij zijn werkzaam bij Reclassering Nederland Arnhem, Den Bosch, bij de reclassering van het Leger des Heils in Arnhem en Eindhoven en bij het SVG – bij reclassering Palier in Leiden en Den Haag, bij de reclassering van Arkin (Jellinek) in Amsterdam en bij de reclassering front office van IrisZorg te Arnhem.

Vanuit het gevangeniswezen, de testlocaties in Amsterdam en Nieuwegein, zijn 25 evaluatiekaarten ingevuld, door tien verschillende indicatiestellers. Of *alle* 'ambulante' indicaties vanuit de testlocaties op de nieuwe manier zijn afgegeven is onbekend.

## **6.2 Afnameduur en doorlooptijden**

### **Afnameduur**

De afnameduur is het aantal uren dat de indicatiesteller daadwerkelijk aan een indicatiestelling besteedt. Via de evaluatiekaart van DSP-groep is aan de indicatiestellers gevraagd hoeveel tijd zij hebben besteed aan de indicatiestelling: aan de afname en invulling van de verschillende instrumenten en formulieren, het bijbehorende dossieronderzoek, overleg met collega's of zorgaanbieders en de uitwerking van het advies of besluit en het schrijven van hun toelichting op de indicatie. Gemiddeld

genomen waren de indicatiestellers van de reclassering in de pilotperiode 4,5 uur bezig met een indicatiestelling. De indicatiestellers vanuit het gevangeniswezen waren gemiddeld slechts twee uur kwijt per indicatie. Negen keer lijkt het wegingskader niet gebruikt te zijn. Als we die indicaties niet meetellen dan is de gemiddelde afnameduur twee uur en drie kwartier – dat wil zeggen nog steeds veel korter dan de afnameduur van de instrumenten in de andere pilots.

Voor zowel de medewerkers van de reclassering als die van het gevangeniswezen geldt dat ze veel tijd kwijt zijn geweest aan overleg met werkbegeleiders en collega's in verband met onduidelijkheden, de onoverzichtelijkheid van de instrumenten en het grote aantal formulieren dat ingevuld moet worden. Deze tijd is niet verdisconteerd in de afnameduur.

### **Doorlooptijden**

De doorlooptijd hebben we gedefinieerd als de tijd vanaf het moment van aanmelding en verzoek om een indicatiestelling bij de indicatiestellers tot de startdatum van de zorg of begeleiding. Op basis van de 35 ingevulde evaluatiekaarten door de *reclassering* kunnen we weinig vermelden over de doorlooptijden. In het overgrote deel van de gevallen was deze niet bekend omdat de datum van de start van de zorg nog onbekend was. De startdatum is meestal namelijk afhankelijk van het bekend en definitief worden van het vonnis, van de uitkomst van de zitting.<sup>27</sup> Volgens drie evaluatiekaarten was het niet van toepassing omdat de cliënten al begeleid werden, bijvoorbeeld in een begeleid woonvoorziening, en de indicatie achteraf werd afgegeven. Eén keer kon de zorg niet van start gaan omdat de cliënt weer was gaan zwerven. Eén keer was de doorlooptijd wel bekend. Deze duurde een maand.

Over de doorlooptijden gedurende de testfase in het *gevangeniswezen* is eveneens weinig bekend. De datum van de start van de zorg of begeleiding was achttien keer onbekend. Drie keer was de zorg al gestart en werd de indicatie daarna afgegeven. Eén keer was de gedetineerde op intake geweest, maar afgewezen door de zorgaanbieder. Twee keer bedroeg de doorlooptijd twee weken en een keer een week.

### **6.3 Mening en ervaringen van indicatiestellers**

De indicatiestellers die meewerkten aan de verschillende ambulante trajecten zijn van mening dat de nieuwe manier van indiceren vervelend veel invulwerk oplevert, onnodig ingewikkeld en onbruikbaar is. Het draagvlak voor de instrumenten is gering. Geen van de drie instrumenten levert volgens de indicatiestellers een goede bijdrage aan hun oordeelsvorming over de op te stellen indicatie. Veel onderdelen zijn niet van toepassing omdat geen verblijf of beveiliging nodig is. De verschillende onderdelen van de instrumenten leveren geen nieuwe informatie op. Bij de reclassering is de RISc of Quicksan al afgenomen die alle benodigde informatie bevat of zijn andere voorlichtingsrapportages aanwezig die de relevante informatie bevatten. Ook in de pilot van het gevangeniswezen is alle informatie al bekend. Verschillende indicatiestellers noemen de verwijfsbrief die ze volgens de 'oude' werkwijze schrijven 'een goede en duidelijke aanvulling op' en een goed alternatief voor het ingevulde instrumentarium (voor voorbeeld verwijfsbrieven, zie bijlage 9 en 10).

Noot 27 Met uitzondering van sommige verdachten, plegers van huiselijk geweld. Afspraak met ketenpartners is dat de begeleiding of zorg, bij voorbeeld op het gebied van agressieregulatie in een polikliniek, dan eerder dan de zitting gestart kan worden.

Volgens de ambulante indicatiestellers zijn die verwijfsbrieven en voorlichtingsrapporten duidelijker en meer *to the point* dan de nieuwe indicatiestellinginstrumenten. Het format en het model vullen ze grotendeels in met behulp van knip- en plakwerk, bij voorbeeld uit de RISc of andere rapportages. De wegingsmatrix wordt zo ingevuld dat er iets uitkomt dat in de buurt komt van de uitkomst van het indicatieoverleg (bij voorbeeld met collega's of werkbegeleider), zoals een training agressieregulatie of ambulante verslavingszorg.

## Knelpunten

De indicatiestellers geven op de evaluatiekaarten en tijdens de overlegmomenten aan moeilijkheden te ervaren met betrekking tot de (on)bruikbaarheid van de instrumenten, met zorg die voorheen wel ingekocht kon worden en tijdens de pilot niet, en met het plaatsingsproces. Vanuit het gevangeniswezen wordt expliciet opgemerkt dat men geen vertrouwen heeft in de instrumenten en de nieuwe werkwijze, ook niet in een variant daarop. Vanuit beide pilots suggereren indicatiestellers het instrumentarium zo snel mogelijk te vervangen. De testfase gaat ten koste van de motivatie van de werkers. Een reclasseringswerker:

'Snel stoppen met dit instrument en iets beters verzinnen. Op basis van de RISc is het beeld al duidelijk. Door dit soort onzin verlies ik langzaam maar zeker het plezier in mijn werk. Ik ben meer administrateur dan reclasseringswerker. Graag op korte termijn met een ander instrument komen (maximaal 1A4-tje). Ik word hier erg chagrijnig van'.

Deze indicatiesteller is niet de enige. Vrijwel alle 'ambulante' indicatiestellers laten zich in negatieve bewoordingen uit over het format, het wegingskader en het model met de uitkomst van de indicatie. In hun evaluatie van de nieuwe werkwijze maken ze nauwelijks onderscheid tussen de verschillende instrumenten. Alle drie worden als negatief en onbruikbaar ervaren. De instrumenten leveren géén bijdrage aan de indicatie. Die stellen ze vóór afname van de indicatiestellinginstrumenten, in overleg met ketenpartners, collega's en werkbegeleiders, en met behulp van de RISc, Quickscan, voorlichtings- en andere rapportages en registratiesystemen. Vervolgens wordt op het format, het model en in de matrix naar een bepaalde indicatie-uitkomst 'toegeschreven'.

De mailbox van DSP-groep bevatte gedurende de verzameling van ingevulde evaluatiekaarten vele hartenkreten zoals: 'wat een gedrocht zeg', 'nattevingerwerk', 'levert niets op, kost tijd', 'geen goede handvatten maar onduidelijke vragen ter verantwoording'. Een enkeling formuleert de afname van het instrumentarium enigszins positiever met de woorden: 'het maakte voor mij helder wat ik al dacht'. Maar ook deze indicatiesteller laat zich vervolgens negatief uit over het gebruik van de instrumenten. De antwoorden op de vragen in de instrumenten zouden de historie en situatie van de cliënt niet dekken. De conclusie is dat het instrumentarium ongeschikt en onbruikbaar is voor de uitvoering van de ambulante zorgtoeleiding.

### *Overbodig veel werk*

- De afnameduur en de herhaling van gegevens die al in de andere rapporten en adviezen vermeld staan, ervaren de indicatiestellers van de reclassering en het gevangeniswezen als vervelend en overbodig. Indiciestellers geven aan diagnostisch gezien geen toegevoegde waarde te hebben kunnen vinden. De rapportages die al beschikbaar zijn volstaan. Ze schrijven dan bij voorbeeld: 'Er is toch al gequickscand?', 'Er was al een RISc afgenomen en deze bevat de benodigde informatie'.

Invulling van de formulieren geschiedt op basis van de reeds geschreven rapportages. Op het format indicatiestelling en het model dient de formulering echter wel weer aangepast te worden zodat het past bij de vragen.



Formeel gaat het bij de indicatiestelling forensische zorg niet om advisering over de persoonlijkheid en omstandigheden van verdachten ten behoeve van een strafrechtelijke beslissing (toerekeningsvatbaarheid, kans op recidive, strafadvies), maar om toeleiding naar de juiste zorg in verband met de pathologie. Het indicatierapport hoort te laten zien waarom en op welke wijze nadere invulling dient te worden gegeven aan de afdoening. Voor de 'ambulante' indicatiestellers betekent dit verschil dat ze twee keer hetzelfde moeten opschrijven, op een iets andere wijze. De zorg die nodig is dient namelijk zowel in het advies aan de rechter en officier van justitie als in het indicatierapport te worden opgenomen – maar dan wel op een enigszins andere wijze.

Ze moeten dubbel werk verrichten, verschillende formulieren invullen – het wegingskader, het format met de toelichting en het model met het indicatieadvies of –besluit, met informatie die al in andere advies-, voorlichtings- of evaluatierapporten beschreven staan. Rapportages die zij soms zelf al hebben geschreven. Bij voorbeeld omdat het goed zou zijn als een cliënt, een pleger van huiselijk geweld, een training agressieregulatie zou volgen. Het 'telkens aankruisen van ja/nee/nvt/deels' ervaren ze eveneens als zinloos.

Wanneer preventief gehechte gedetineerden een indicatie nodig hebben, dan is daarvoor toestemming nodig van het Openbaar Ministerie. Vaak wordt deze nu helemaal aan het eind van de indicatie ingeschakeld. De indicatiestellers vinden dat onhandig. Immers, geen toestemming betekent dat er overbodig werk is gedaan.

#### *Onoverzichtelijk*

- De verschillende onderdelen van het instrumentarium vinden de indicatiestellers weinig overzichtelijk. De formulieren en de wegingsmatrix geven wel zicht op diverse onderdelen van de problematiek van de justitiabelen, maar het geheel geeft een onduidelijk, onoverzichtelijk beeld. Met behulp van de instrumenten hebben de indicatiestellers niet door welke zorg nodig is, omdat ze door te veel items en onderwerpen heen moeten. In het indicatiestellinginstrumentarium wordt te veel gevraagd, veel meer dan nodig is voor lichte, ambulante zorgtrajecten. Een verwijsbrief over wat er aan de hand is en wat nu nodig is, vinden de indicatiestellers duidelijker.

#### *Onduidelijk*

- Het streven naar een uniforme en onafhankelijke indicatiestelling heeft niet alleen geleid tot onoverzichtelijkheid en ingewikkeldheid, maar ook tot veel onduidelijkheid. Verschillende indicatiestellers schrijven alle onderdelen van het instrumentarium onduidelijk te vinden, en dan vooral die van het wegingskader. 'Ik weet nog steeds niet waar ik welke kruisjes moet zetten', schrijft een reclasingswerker. Een ander: 'Het blijft onduidelijk wat wanneer en waar in te vullen'. Weer een ander schrijft dit opgelost te hebben door toch maar een score in te vullen 'die voelt als niet kloppend, soms met een vraagteken als de factor echt niet van toepassing was of heel vreemd'. Enkele indicatiestellers zijn van mening dat veel factoren kunstmatig uit elkaar zijn gehaald terwijl ze onontwarbaar met elkaar zijn verweven, zoals zelfcontrole, impulsiviteit, gevaar (zie bijlage 6). Sommige begrippen en items zouden voor meerdere uitleg vatbaar zijn, bij voorbeeld 'beïnvloedbaarheid', 'delictgeschiedenis' en moeilijk om eenduidig en uniform te scoren. Verschillende items in de instrumenten zouden nauwelijks zinvolle of relevante informatie geven.

#### *Geldigheidsduur indicatie*

- Onduidelijkheid bestaat over de geldigheidsduur van de indicatie. De duur is gekoppeld aan de duur van het strafrechtelijk traject en de justitiële voorwaar-

den. Enkele reclasseringsrapporteurs zijn van mening dat ze niet bevoegd zijn hierover een oordeel uit te spreken of een inschatting te maken. Net als de NIFP-medewerkers vinden de 'ambulante' reclasseringswerkers het lastig om de geldigheidsduur te bepalen.

#### *De benodigde zorg*

- De werkers missen een kader tussen score 1 (begeleiding) en 2 (diagnostiek) op de wegingsmatrix. Toepassing van het wegingskader zou volgens indicatiestellers te snel tot de uitkomst 2 leiden terwijl dit niet altijd de juiste indicatie is (bijvoorbeeld gelet op de geringe ernst van het delictgedrag). Omgekeerd komt ook voor: ongeschreven regel is dat aan patiënten in eerste instantie de lichtste, de minst intensieve en minst belastende behandeling of begeleiding wordt geboden. Soms komt het volgens reclasseringswerkers voor dat bij een justitiabele gezien de aard en de ernst van de psychische, sociaal-maatschappelijke en gedragsproblematiek klinische interventie noodzakelijk is. Dat zou dan de uitkomst moeten zijn van de indicatie. Maar omdat de ernst van het delictgedrag gering is en de behandelingsgeschiedenis kort is, moet hij wel ambulante hulp indiceren. De nieuwe instrumenten houden geen rekening met de combinatie van deze overwegingen. Vraag is dan, volgens een andere reclasseringswerker, of je de instrumenten zo moet invullen dat de indicatie-uitkomst lijkt op de zorg die bij de cliënt past? Een andere reclasseringswerker schrijft het gevoel te hebben 'maar wat in te vullen', omdat verblijfsintensiteit, beveiligingsniveau en aard behandeling worden losgekoppeld. Deze zaken hangen volgens haar met elkaar samen. De kritische factoren in de wegingsmatrix hebben volgens haar niet altijd betrekking op verblijf, beveiliging en aard van de behandeling. Gedurende de vroeghulp hebben veel reclasseringswerkers daarnaast te weinig informatie over de justitiabelen. Inschatting van de verblijfsintensiteit, het beveiligingsniveau en de aard van de behandeling is dan lastig.

#### *Meervoudige diagnoses en motivatie*

- De wegingsmatrix zou ook onbruikbaar zijn indien meervoudige diagnoses en indicaties per persoon kunnen worden gesteld. Welke kruisjes moeten dan waar worden gezet? Bijvoorbeeld als een cliënt gedetineerd is, het syndroom van Korsakov heeft, een paar keer per week naar de Jellinek moet in verband met alcoholisme en in het weekend naar een zorgboerderij? Het instrument zou daarnaast geen rekening houden met de motivatie van de cliënt voor begeleiding. Soms is deze motivatie helemaal afwezig, waardoor het zorgniveau en de mate van beveiliging die uit toepassing van de indicatiestelling-instrumenten zou volgen niet de best passende is, te laag wordt ingeschat. Soms is veel beveiliging noodzakelijk – juist niet in een gesloten setting – maar in de zin van het aanbieden van veel structuur. Indien een cliënt gemotiveerd is voor die begeleiding, dan zou dat de best passende zorg zijn. Dit komt dan niet uit toepassing van het instrument.

#### *Het proces, de inkoop en de financiering van zorg*

- Voor de indicatiestellers is het vaak onduidelijk welk indicatiestellingformulier naar wie moet. Er is bovendien een groot aantal zorgaanbieders dat (nog) geen overeenkomst heeft met het bureau inkoop van het Ministerie van Justitie. Daardoor kunnen cliënten hier niet meer worden geplaatst. De indicatiestellers noemen als voorbeeld verpleeghuizen en zorgboerderijen waarmee tot in het recente verleden wel samengewerkt kon worden. Door die financieringsproblemen kan deze samenwerking tijdens de testfase niet worden gecontinueerd. Financiering is ook een probleem als patiënten langdurige 'ambulante' zorg nodig hebben en de strafrechtelijke maatregel of titel wordt beëindigd. Vervolghulp is dan nodig. Na afloop van de strafrechtelijke titel moet financiering op basis

van de AWBZ/WMO worden aangevraagd. Instanties die belast zijn met deze taak, zouden dit liever niet willen doen of liever niet willen financieren. Vaak gaat het namelijk om klanten op wie niemand te wachten zit, waaraan weinig eer valt te behalen – 'crimineel, gestoord, geen steunsysteem, slechte financiën, onbetrouwbaar, bepaald geen modelpatiënten', aldus een indicatiesteller.

#### *PMO-NIFP*

- Voor de trajecten vanuit het gevangeniswezen geldt gedurende de pilotperiode dat de NIFP-psychiater die tevens lid is van PMO, en andere leden van het psychomedisch overleg, hun klinische indicaties moeten laten lopen en – voor hun gevoel – ook laten controleren door een collega psychiater van het NIFP – die de patiënt, de justitiabele niet kent en niet heeft gezien. Terwijl ze voorheen zelf de verwijsbrieven schreven en ondertekenden. Het nieuwe proces betekent voor sommige werkers inlevering van autonomie.

De testfase vanuit de pilot Gevangeniswezen heeft ten tijde van het schrijven van dit eindrapport inmiddels geleid tot bevindingen op basis waarvan de instrumenten zijn aangepast. Door deze aanpassing is aansluiting gevonden bij het diagnostisch model dat voor de start van de testfase al in gebruik was bij de PMO's. Verschillende overbodige vragen en onderdelen zijn uit de instrumenten verwijderd. Een en ander heeft er toe geleid dat op basis daarvan de test is voortgezet. De aangepaste instrumenten zijn vervolgens uitgeprobeerd in acht penitentiaire inrichtingen, waaronder PI Havenstraat en PI Nieuwegein. In deze tweede testfase vanuit de PMO's gaat het om ambulante en klinische indicatietrajecten.

#### *Het doel*

- De indicatiestellers ervaren de nieuwe werkwijze als een doel op zich, en niet als een middel. Volgens sommige indicatiestellers kunnen afnemers van de indicatie - externe GGZ-instellingen - niet met de indicatie uit de voeten. Door onbekendheid krijgen de indicerende organisaties veel vragen over de nieuwe werkwijze. Over het formele doel van de nieuwe wijze van indiceren, het streven naar een onafhankelijke, transparante en tijdige indicatiestelling en plaatsing, zijn de betrokken indicatiestellers overigens wel te spreken. Zij associëren dit met een groot knelpunt tijdens de uitvoering van hun werk: het leuren met cliënten die niemand wil langs zorgvoorzieningen. Dit dient volgens hen zo snel mogelijk verleden tijd te worden. Versnelling van het plaatsingsproces, uitbreiding van de opnameplicht of verruiming van de mogelijkheden om bepaalde moeilijke cliënten te kunnen laten begeleiden, zouden positieve punten kunnen zijn. Helaas merken ze daarvan nu nog niets. Een indicatiesteller schrijft:

'Voorheen kreeg ik mensen sneller en vaker geplaatst.... Zo hebben we van twee ingediende aanvragen nu de indicaties binnengekregen van het NIFP: drie maanden nadat we de aanvraag indienden. En de intake bij de zorgaanbieder kan dus nu pas worden gepland.... Voorheen had ik mensen in die drie maanden al geplaatst (dus inclusief intakeprocedure). En er zijn (nog?) geen contracten van justitie met een aantal zorgaanbieders, waar we voorheen mee werkten. Overigens hadden we voorheen voor een aantal plaatsingen ook veel papieren rompslomp hoor. Zo moest voor woonvoorzieningen en daginvulling een CIZ-indicatie worden aangevraagd, wat evenveel werk was als de indicatie DForZo nu. Dat is een ander mogelijk te behalen voordeel: dat we die aanvragen niet meer hoeven te doen.

Helaas geldt ook daarvoor dat dat nog niet het geval is: CIZ neemt nu (nog?) niet automatisch de indicaties van DForZo over. Met als gevolg dat we voor die mensen, waarbij detentie binnen afzienbare tijd afloopt en die buiten detentie een CIZ indicatie nodig hebben, nu (nog?) beide indicaties aanvragen.... Twee pakken invulwerk dus....'

### *Het opnameproces*

- Aspecten van het plaatsingsproces worden door de indicatiestellers soms als verzachtende omstandigheden opgevoerd – waardoor de nieuwe wijze van indiceren beter te accepteren zou zijn geweest. Volgens een indicatiesteller zou uitbreiding van de opnameplicht voor zorgaanbieders of flexibilisering van het opnamebeleid van zorginstellingen een goede zaak zijn. Het zou voor haar instelling de reden zijn geweest om mee te doen aan de pilot. De feitelijke levering van zorg kan onder omstandigheden namelijk zeer lang op zich laten wachten. Als er geen plek is in de geïndiceerde zorgvoorziening dan wordt de cliënt op de wachtlijst geplaatst. Vooral de doorlooptijd in het proces naar een woonvoorziening kan wel anderhalf jaar duren, aldus medewerkers van het gevangeniswezen. Het moeizame opnameproces en het ontbreken van voldoende geschikte zorgplaatsen leiden tot ongemotiveerdheid en frustraties bij de justitiabelen die vaak te lang op plaatsing moeten wachten.

## **6.4 Mening en ervaringen van ketenpartners**

Om een indruk te krijgen van de mening en ervaringen van de afnemers van de indicaties vanuit de pilots bij de drie reclasseringsorganisaties en het gevangeniswezen hebben we in deze fase van het DSP-onderzoek tien ketenpartners kunnen interviewen. Het gaat hier om zeven vertegenwoordigers van zorgaanbieders en drie ketenpartners die we in verband met de herkenbaarheid in de categorie 'overigen' plaatsen. Ondanks vele verzoeken en vragen van de zijde van DSP-groep is het niet gelukt om meer relevante ketenpartners te achterhalen en te ondervragen.

Het beeld dat uit de gesprekken rijst is acht keer negatief en twee keer voldoende tot positief. De zorgaanbieders die (gematigd) positief zijn over de indicatiestelling beschouwen, net als de andere zorgaanbieders die we in het kader van dit onderzoek hebben geïnterviewd, de afgegeven indicaties als aanmeldingen voor screening, intake en verder onderzoek door de zorgvoorziening zelf. De intakecommissie of plaatsingscommissie beslissen na afloop van die eerste fase of een cliënt opgevangen of begeleid kan worden door de zorginstelling. De indicatie noemen ze daarnaast van belang om de zorg gefinancierd te krijgen. Regelmatig is een cliënt al aangemeld en gescreend door de zorgaanbieders, voordat de indicatie wordt afgegeven. Op de nieuwe wijze wordt volgens de respondenten die min of meer positief zijn over de indicatiestelling een 'compleet plaatje' geproduceerd, waarin alle aspecten die van belang zijn aan de orde komen:

'Alle ingevulde formulieren vond ik uitgebreid, gestructureerd, overzichtelijk en interessant om te lezen. Misschien iets te veel voor de behandeling die wij bieden?' Voor deelname aan de behandelingen is volgens hen naast de indicatie de eigen intake van groot belang: 'Het is belangrijk om zelf de mensen te zien'. Omdat sommige justitiabelen ongeschikt zijn voor groepsbehandelingen, te gevaarlijk zijn, psychotisch of te zeer in de war. Of de respondenten de indicatiestellingen vóór of tijdens de begeleiding van de justitiabelen krijgen, is niet zo heel relevant. Als de indicatie maar wordt afgegeven. Voor aanbidding van passende zorg vinden zij samenwerking, communicatie en goed overleg met de indicatiestellers van groot belang. Op dat gebied zal niets veranderen, of er nu op de oude of de nieuwe manier wordt geïndiceerd.

### *Onvoldoende bruikbaar*

De overige geïnterviewde ketenpartners geven de nieuwe wijze van indiceren voor ambulante zorgtrajecten een onvoldoende. Een van hen heeft veel negatief commentaar maar merkt hierbij op dat de ingevulde indicatieformulieren van haar net een voldoende krijgen omdat het voor haar om de intake te kunnen doen voldoende

is. Of een cliënt door de intake komt of niet, geschiedt volgens deze zorgaanbieder onafhankelijk van het indicatieadvies of -besluit – zowel in de 'oude' als 'nieuwe' werkwijze. Het instrument zou namelijk niet aansluiten bij de praktijk van de professionals – niet bij die van de indicatiestellers en niet bij die van de ambulante zorgaanbieders. Bij de ingevulde en toegestuurde formulieren en toewijzingsbesluiten plaatsen de respondenten verschillende opmerkingen.

#### *Diagnostiek*

- Twee zorgaanbieders zijn verbaasd over de indicatie diagnostiek, 'Dus wij moeten diagnostiek aanleveren, zodat indicatiestellers een indicatie kunnen stellen?' Indien de reclassering te weinig informatie heeft, dan is nader onderzoek bij voorbeeld door zorgaanbieders nodig voordat een indicatie door de reclassering gedegen kan worden gesteld. De zorgaanbieders die hiermee zijn geconfronteerd, vinden dit een vreemde situatie.

#### *Onvolledig*

- Zes ketenpartners vinden de instrumenten – ondanks de enorme hoeveelheid informatie – onvolledig. Op de verschillende formulieren missen ze:
  - een beschrijving van de voorwaarden (bij voorbeeld bij schorsing met voorwaarden)
  - burgerservicenummers van de aangemelde cliënten
  - de zittingsdatum
  - de basis waarop de indicatie is gebaseerd, of er contact is geweest met de cliënt of niet
  - het parketnummer
  - de categorieën functie en klasse<sup>28</sup>
  - de ingangsdatum van het besluit
  - het vonnis
  - beschrijving aard van het delictgedrag (en niet alleen een artikelnummer)
  - informatie over het verslavingsverleden
  - informatie over de motivatie voor hulp van potentiële cliënten

#### *De doorlooptijden*

- Net als bij de indicaties voor de klinische trajecten zijn de doorlooptijden volgens vrijwel alle geïnterviewde ketenpartners een probleem. Van tijdigheid zou geen sprake zijn. De ketenpartners vermoeden dat dit komt door de zwaarte van het instrumentarium. En het gebrek aan gedegen digitale ondersteuning. De oude manier van indicatiestellen, bij voorbeeld die door het CIZ of via verwijs- of aanmeldbrieven door PMO of reclassering, worden als beter beoordeeld. Deze zouden ook meer relevante informatie bevatten dan de 'nieuwe' indicaties en minder slecht zijn voor de doorlooptijden.

#### *Bezwaarprocedure*

- Net als de 'klinische' ketenpartners zeggen zorgaanbieders onaangenaam verrast te zijn over de voor hen plotseling en nieuw opgenomen (beperkte) termijn om bezwaar te kunnen maken tegen de indicatie. Iemand komt bijvoorbeeld niet door de intake of wordt geweigerd als hij een gevaar vormt voor het personeel of voor andere cliënten. Nu is het net alsof de zorgaanbieder de justitiabele *moet*

Noot 28 Het CIZ onderscheidt zeven AWBZ functies waarvoor iemand een indicatie kan krijgen: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. De omvang van de zorg, hoeveel uur een zorgaanbieder vergoed krijgt en waarop de cliënten aanspraak kunnen maken, wordt uitgedrukt in klassen. Hoe meer zorg, hulp of begeleiding een cliënt gemiddeld nodig heeft, des te hoger de klasse. Een klasse geeft het aantal uren of dagdelen per week aan, bij voorbeeld 7-9 uur per week. Bij CIZ-indicaties wordt per functie de klasse aangegeven.

begeleiden en ondersteunen als men binnen twee weken na afgifte van de indicatie geen bezwaar heeft aangetekend.

#### *Ingewikkelde plaatsingsprocessen*

- Een respondent is van mening dat indicatiestellers niet altijd precies weten welke zorg de zorginstelling biedt. Wat indicaties en contra-indicaties zijn voor hun zorg. Ook zou gedegen kennis over de aard en de omvang van de problemen van de doelgroep ontbreken.

Volgens een andere respondent, een manager van een zorgvoorziening is de nieuwe werkwijze een verslechtering. Volgens hem dienen extra schakels zoveel mogelijk te worden vermeden en dient de indicerende kracht van de zorginstelling te worden gebruikt. Levering van goede zorg via het nieuwe systeem noemt hij onmogelijk.

Een intakefunctionaris van een zorgvoorziening vertelt eveneens indicaties te krijgen voor zorg die zij niet bieden. Ook zij vindt het indicatieproces nu wel erg ingewikkeld geworden. In een brief aan DSP-groep beschrijft ze de volgende casus om duidelijk te maken hoe ingewikkeld de situatie gedurende de testfase nu soms kan zijn:

'Hierbij wil ik u een casus voorleggen waarbij wij er niet in geslaagd zijn een behandelaanbod te realiseren. Er kwam bij ons een aanmelding binnen. Het gaat om een cliënt met een ISD-maatregel. Aan ons is gevraagd die cliënt een forensische poliklinische behandeling te geven. De problemen van de cliënt spreiden zich over diverse levensgebieden, namelijk begeleid wonen, casemanagement, dagbesteding, enzovoorts. Uit het dossier blijkt dat behandeling en begeleiding in het verleden, ondanks diverse pogingen en constructies, nimmer gegeven kon worden. De huidige maatregel duurt nog een jaar, extramuraal. In het kader van advisering ten behoeve van de ISD-maatregel is psychologisch onderzoek naar de persoonlijkheid van de cliënt verricht. Deze psycholoog adviseert klinische opname op een forensische dubbeldiagnose afdeling. Tot tweemaal toe is aan het NIFP de vraag gesteld een indicatie af te geven conform de advisering van de psycholoog. Deze werd telkens geweigerd met als belangrijkste grond dat de casus eerst het PMO moest passeren temeer daar er door een psychiater in de PI, in een consult, gesteld wordt dat er géén indicatie is voor opname op een dubbeldiagnose afdeling. Er zou geen sprake zijn van psychiatrische problematiek. PMO adviseert opname in een verslavingskliniek. Na bestudering van de stukken en divers overleg met reclassering, het NIFP, zorgaanbieders en het interne programmacoördinatiepunt hebben wij besloten een brief te sturen naar de reclassering om duidelijk te maken dat een poliklinisch traject niet is geïndiceerd. Met deze brief is door de reclassering opnieuw een aanvraag ingediend bij het NIFP... doch ook deze keer zonder resultaat. Blijkbaar zijn er verschillende spelers op het gebied van de indicatiestelling in het geding. Er is het NIFP, er is de ISD advisering, er is het PMO, er is de verslavingsreclassering met haar eigen indicatiebevoegdheden, er is het psychiatrische consult dat mede bepalend is, er is een unit directeur enzovoorts. Het is niet duidelijk wie welke bevoegdheden heeft en wie uiteindelijk welke stappen mag en moet zetten in deze zaak. Wie kan wat bepalen? Wat is in deze de juiste procedure? Hoe deze situatie op te lossen? Uiteindelijk komt er nu geen klinische indicatie en geen opname in onze poli. Naar aanleiding van voorlichting omtrent de pilot indicatiestelling heb ik op advies van enkele kwartiermakers deze brief geschreven om als casus aan u voor te leggen.'

De vertegenwoordiger van de zorgvoorziening raakte verdwaald in een woud van indicatiestellers. Zorg kwam niet van de grond.

## 6.5 Conclusie

Met het oog op de noodzakelijke verbeteringen op het gebied van de vernieuwing forensische zorg lijkt bredere implementatie van de instrumenten in de vorm zoals in de pilots aan de orde was voor de ambulante trajecten bezwaarlijk.

### *Geen draagvlak*

- De professionals dienen voor hun werk een goed beeld te krijgen van de justitiabelen. In het kader van de indicaties voor ambulante zorgtrajecten lukt dat niet met behulp van de in de pilots uitgeteste instrumenten. De nieuwe werkwijze die wordt uitgetest is voor de indicatiestellers te omslachtig en sluit te weinig aan bij de situaties en de individuele cliënten voor wie zij indiceren. De instrumenten en formulieren zijn onduidelijk, te veel en te ingewikkeld. Er bestaat veel overlap met andere instrumenten die gebruikt worden, bij voorbeeld in het kader van de voorlichting aan de rechtbank. Voor definitieve invoering van de nieuwe wijze van indiceren is bij de reclasseringswerkers en de medewerkers van PI Havenstraat en PI Nieuwegein die meededen aan de testfase geen draagvlak te bespeuren.

### *Een proces op maat*

- Met betrekking tot het plaatsingsproces hopen indicatiestellers van ambulante trajecten, net als de NIFP-medewerkers, op een uitbreiding van de opnamemogelijkheden bij zorgaanbieders. De beperkte plaatsingsmogelijkheden en de duur van de plaatsingsprocessen zijn er volgens indicatiestellers oorzaak van dat justitiabelen ongemotiveerd raken voor zorg en begeleiding of langer dan gewenst de nodige zorg ontberen.

### *PMO en NIFP*

Voor de klinische trajecten vanuit het gevangeniswezen geldt gedurende de testfase dat die horen te lopen via het NIFP. Dit betekent in de praktijk dat een psychiater van het NIFP, tevens lid van het psychomedisch overleg in het gevangeniswezen, haar voorlopige indicaties moet laten controleren en afmaken door een collega, ook van het NIFP, die de justitiabele niet kent en nimmer heeft gezien. Hetgeen vertraging oplevert en extra (onnodig?) werk.

### *Meningen ketenpartners*

- Bij verschillende ketenpartners, afnemers van de 'ambulante' indicatiestelling, hebben we de reacties op de instrumenten en de nieuwe werkwijze geïnterviewd. Ook de ketenpartners hebben kritiek op de nieuwe werkwijze. De instrumenten zijn voor enkele ketenpartners wel voldoende geschikt om de beslissing te kunnen nemen een justitiabele tot de intake van een zorgvoorziening toe te laten. De rolverdeling met bijbehorende verantwoordelijkheden tussen de bij het indicatieproces betrokken instanties zijn volgens ketenpartners onduidelijk. Hierdoor kan het voorkomen dat cliënten niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Volgens de vertegenwoordigers van de zorgvoorzieningen die we spraken dient, met de zorgaanbieders, de indicatiestelling voor de ambulante trajecten voor forensische zorg precies op maat van de individuele justitiabele toegesneden te worden.

## 7 Eindconclusie en aanbevelingen

### Algemeen

In de voorgaande hoofdstukken zijn de ervaringen van de betrokken indicatiestellers en ketenpartners met de nieuwe werkwijze en de instrumenten gedurende de verschillende pilots besproken. De hoofdstukken zijn gebaseerd op analyse van de ingevulde evaluatiekaarten en informele overlegmomenten met indicatiestellers, en op telefonische interviews met de ketenpartners – met de afnemers van de indicatiestellingen. Hoewel de antwoorden op de onderzoeksvragen helder en duidelijk zijn, is een relativering hier noodzakelijk. Gegeven de beperkte opzet van de testfase en de relatief kleine aantallen indicaties die zijn afgegeven vanuit de verschillende testlocaties dienen we zorgvuldig om te gaan met de onderzoeksresultaten. De pilots zijn gestart om te komen tot een bruikbare indicatiestelling voor forensische zorg. Met als belangrijkste doel: zorg en beveiliging op maat voor de justitiabelen om wie het gaat. Achtergrond van het programma Vernieuwing Forensische Zorg, de pilots en de vernieuwde indicatiestelling forensische zorg wordt gevormd door het gegeven dat verslaafden met psychische problemen, psychiatrische patiënten en verstandelijk gehandicapte justitiabelen in toenemende mate een probleem vormen in gevangeniswezen en strafrechtspraktijken. Alle betrokken professionals met wie we contact hebben gehad gedurende het DSP-onderzoek naar de testfase zijn het eens over de noodzaak van een goede indicatiestelling en verbetering van de aansluiting tussen justitie en geestelijke gezondheidszorg in een strafrechtelijk kader. Uit ons onderzoek blijkt echter dat de werkwijze en de instrumenten niet goed aansluiten bij de praktijk.

#### **Aanbeveling 1**

Gelet op de veelheid van gesignaleerde knelpunten verdient het aanbeveling ten aanzien van de invoering van de vernieuwde indicatiestelling forensische zorg pas op de plaats te maken. Op grond van de resultaten van de evaluatie van de pilots dient zorgvuldig te worden overwogen op welke punten de instrumenten en werkwijze aangepast kunnen worden. Een leidend principe bij deze aanpassingen dient te zijn dat de indicatiestelling niet moet leiden tot onnodige bureaucratische barrières en extra schakels in de keten. Maak een aangepast plan voor de nieuwe indicatiestelling en laat dit van kritisch commentaar voorzien door juristen en andere betrokken deskundigen uit het veld. Aanbevelingen die we in dit hoofdstuk doen kunnen worden gezien als suggesties voor aanpassing van de nieuwe indicatiestelling.

In dit hoofdstuk beschrijven we onze belangrijkste conclusies en aanbevelingen. We geven ze hieronder weer - eerst ten aanzien van de klinische trajecten vanuit het NIFP en de SVG en vervolgens ten aanzien van de ambulante trajecten.

### **Ten aanzien van klinische NIFP-trajecten**

#### *De instrumenten*

- Het NIFP Arnhem is actief betrokken geweest bij de ontwikkeling van een deel van het indicatiestellinginstrumentarium. De NIFP-indicatiestellers ervaren het format en het wegingskader als goed bruikbaar. Eén van de uitgeteste instrumenten, het model met het advies en besluit, ervaren de NIFP-indicatiestellers



als onbruikbaar voor de indicatiestelling van klinische trajecten. De suggestie ligt dan voor de hand om forensische klinische zorg alleen te indiceren met behulp van het format van het NIFP en met behulp van het wegingskader, op basis van dossieronderzoek – de benodigde informatie over de diagnostiek, de specifieke individuele problematiek van justitiabelen, persoonlijkheidsonderzoek en intelligentieonderzoek. De indicatiestellers willen graag meer vrijheid om eventuele niet relevante onderwerpen uit het format te verwijderen, afhankelijk van de problematiek van de justitiabelen en het strafrechtelijk kader. Dit bevordert de overzichtelijkheid en bespoedigt wellicht ook de tijdigheid van de indicatiestelling. De door het ministerie geformuleerde streeftermijn van twee of drie weken voor de uitvoering van de feitelijke indicatiestelling lijkt realistisch.

#### *De werkwijze volgens de ketenpartners van het NIFP*

- De klinische zorgaanbieders kunnen niet goed uit de voeten met de indicaties en de wijze waarop deze worden gesteld. Verschillende onderdelen en onderwerpen ontbreken volgens de zorgaanbieders (soms) op de ingevulde formulieren. Voor de beslissingen die ze moeten nemen, is het van belang dat zij de aanmeldingsformulieren, indicaties en onderliggende stukken in één keer krijgen – ruim vóór de gewenste start van de zorg.
- Hoe meer schakels, hoe meer mis kan gaan. De geïnterviewde officieren van justitie en rechters hebben moeite met de werkwijze vanuit de pilot NIFP. Die ervaren ze als een extra bureaucratische barrière die slecht is voor de doorlooptijden. De NIFP-indicatiestelling leidt tot aanhoudingen van zittingen, tot extra kosten en soms zelfs tot andere afdoeningen van een strafzaak dan rechters wenselijk achten. Officieren en rechters beschouwen de nieuwe werkwijze als een verslechtering van de rechtspositie en rechtszekerheid van veroordeelden en verdachten, en een vergroting van het risico dat de justitiabelen de zorg ontberen die ze dringend nodig hebben.

#### **Aanbeveling 2**

Betrek deze waarschuwingen van ketenpartners bij het definitief maken van vernieuwingen in het beleidsprogramma forensische zorg van het ministerie van justitie. Wellicht verdient het aanbeveling het proces van NIFP pro justitia rapportage hand in hand te laten verlopen met de uitvoering van de NIFP indicatiestelling voor klinische forensische zorg. In overleg met de pro justitia rapporteurs kunnen de indicatiestellers dan behandelingen in geschikte zorginstellingen adviseren, dat wil zeggen die over een geschikt zorgaanbod beschikken en waar plek is. Onderzoek mogelijkheden om indicatiestelling en toeleiding van gedetineerden naar klinische forensische zorg vanuit het gevangeniswezen onder te brengen bij leden van het psycho-medisch overleg werkzaam in die penitentiaire inrichtingen, i.c. de psycholoog/voorzitter en psychiater (van het NIFP, veelal op consultbasis).

#### **Aanbeveling 3**

Volgens ketenpartners van het NIFP Arnhem dient de indicatiestelling voor klinische forensische zorg gebaseerd te zijn op dossierinformatie én persoonlijk contact met de justitiabelen. In dat licht is het wellicht aanbevelingswaardig om een vertegenwoordiger van de gewenste zorginstelling te betrekken bij de indicatiestelling voor forensische klinische zorg.<sup>29</sup> In dit

Noot 29 Dit doet het NIFP Arnhem bij voorbeeld door contact op te nemen met een zorgaanbieder om bevindingen voor te leggen en eventueel advies in te winnen. Dit betekent geenszins dat de cliënten om

kader is het volgens zorgaanbieders eveneens van groot belang dat indicatiestellers heel goed op de hoogte zijn van het zorgaanbod van de verschillende voorzieningen.

#### **Aanbeveling 4**

Het is voor de indicatiestellers van het NIFP (en hun ketenpartners bij PMO en reclassering) van belang dat de in ontwikkeling zijnde (wettelijke) opnameplicht bij zorgaanbieders wordt gerealiseerd. Ook de officieren van justitie en rechters pleiten voor verwijdering van extra schakels en barrières in de keten. Het is duidelijk dat invoering van een opnameplicht bij zorgaanbieders op weerstand zal stuiten. Het verdient aanbeveling dat bij de invoering van een opnameplicht rekening wordt gehouden met de moeilijkheden die zorgaanbieders verwachten.

### **Ten aanzien van klinische SVG-trajecten**

#### *Informatie*

- Zoals beschreven leiden doel en inhoud van de vernieuwde indicatiestelling vanuit de pilot SVG niet-forensische klinisch tot discussie. Ook over de werkwijze bestaan onduidelijkheden. Onduidelijk is ook wie welke formulieren moet krijgen. Twijfel bestaat bij indicatiestellers en ketenpartners over de meerwaarde van invulling en afname van de uitgeteste indicatie-instrumenten, naast de gewone voorlichtingsrapportages en de afname van de RISc of de MATE crimi.

#### **Aanbeveling 5**

Het verdient derhalve aanbeveling een 'informatieslag' te organiseren over de indicatiestelling en het bijbehorende beleidsprogramma. Leidraad daarbij zijn de knelpunten en onduidelijkheden die in de praktijk leven, en die in de voorgaande hoofdstukken gedetailleerd zijn beschreven. Het is voor het welslagen van de nieuwe werkwijze van groot belang dat indicatiestellers en ketenpartners het doel, nut en de inhoud van de indicatiestelling helder voor ogen hebben.

- *Overlap*  
Er bestaat volgens de klinische indicatiestellers van de SVG veel overlap met andere formulieren en instrumenten die gebruikt worden, bij voorbeeld die in het kader van de voorlichting aan de rechtbank en tijdens verdiepingsdiagnostiek. Invulling van de indicatieformulieren en afname van het instrumentarium worden ervaren als zinloos dubbel werk en als onnodig ingewikkeld.

#### **Aanbeveling 6**

In het belang van een snelle en zorgvuldige indicatiestelling kan naar de mening van de reclasseringswerkers en hun ketenpartners de RISc en/of de MATE crimi worden aangevuld, op kleine gebieden. Bied het wegingskader eventueel aan als checklist.

---

wie het gaat per definitie worden toegeleid naar deze zorgaanbieder.

### *Onafhankelijkheid van de SVG*

- Indicatiestellers, officieren van justitie, rechters en zorgaanbieders staan neutraal tot positief ten opzichte van de 'niet-onafhankelijke' geïntegreerde werkwijze in de justitiële verslavingszorg. Indicatiestellers en hun ketenpartners, waaronder officieren van justitie en rechters, beschouwen deze werkwijze als een voorbeeld van goede samenhang en snelle verbinding tussen justitie en zorgvoorzieningen – het doel van het beleidsprogramma Vernieuwing Forensische Zorg. Tijdens het onderzoek hebben we geen aanwijzingen gekregen dat SVG-indicatiestellers zich in hun werk *niet* laten leiden door de aard en ernst van de problematiek van de betrokken justitiabelen.

#### **Aanbeveling 7**

De indicaties afgegeven door de verslavingsreclassering worden door zorgaanbieders, officieren van justitie en rechters neutraal tot positief beoordeeld, positiever dan de indicaties voor forensische klinische trajecten door het NIFP. Het verdient aanbeveling de 'niet-onafhankelijke' geïntegreerde werkwijze ten aanzien van klinische SVG-trajecten te handhaven.

### **Ten aanzien van ambulante trajecten**

- De nieuw ontwikkelde en uitgeteste indicatie-instrumenten sluiten niet aan bij de praktijk. Volgens vrijwel alle indicatiestellers en veel ketenpartners zijn de instrumenten te ingewikkeld en uitgebreid en ongeschikt voor het indiceren van passende lichtere, ambulante zorg.

#### **Aanbeveling 8**

Vanwege de moeilijkheden van indicatiestellers, ketenpartners en het gebrek aan draagvlak is verdere implementatie van de instrumenten in deze vorm ten aanzien van de ambulante trajecten bezwaarlijk.

- Op grond van onze gesprekken en contacten met zowel de ambulante indicatiestellers werkzaam in het gevangeniswezen en bij de reclassering als hun ketenpartners, hebben we de indruk dat de knelpunten die zij ervaren gedurende de testfase deels voorkomen hadden kunnen worden indien uitvoerende reclasseringswerkers, leden van de betrokken PMO's en vertegenwoordigers van zorgaanbieders, net als de klinische indicatiestellers bij de ontwikkeling van de instrumenten en nieuwe werkwijze betrokken waren geweest.

#### **Aanbeveling 9**

Het verdient aanbeveling de indicatiestellinginstrumenten voor ambulante trajecten grondig te herzien. In de eerste plaats is van belang dat daarbij rekening wordt gehouden met het feit dat de indicatiestelling op lichtere zorg betrekking heeft. In de tweede plaats moeten de indicatiestellinginstrumenten aansluiten bij andere instrumenten die binnen de betreffende organisaties worden gebruikt, i.c. gevangeniswezen en de drie reclasseringsorganisaties.

## Ten aanzien van alle trajecten

- Volgens verschillende indicatiestellers en ketenpartners heeft de nieuwe wijze van indiceren een vertragend effect. Noodzakelijke contracten tussen justitie en zorgvoorzieningen ontbreken soms.

### Aanbeveling 10

Het verdient aanbeveling een streeftermijn te formuleren waarbinnen zorgtoeleiding en opname gerealiseerd dient te zijn. *Monitor* vervolgens alle geïndiceerde zorgtrajecten, zodat informatie beschikbaar komt over doorlooptijden, hoe vaak afgeweken wordt van geïndiceerde zorgtrajecten, en de beschikbaarheid van ketencontracten tussen partijen.<sup>30</sup>

- Vooral het betrekken en het instrueren van uitvoerende indicatiestellers en zorgaanbieders bij alle nieuwe toekomstige ontwikkelingen op het gebied van de vernieuwing forensische zorg kunnen een matigende invloed hebben op de genoemde knelpunten die de betrokken professionals signaleren.
- Volgens zorgaanbieders is - om de betreffende justitiabelen goed te indiceren - bij indicatiestellers meer inzicht nodig om de mate van beveiliging en de specifieke zorg die de mensen nodig hebben goed te kunnen inschatten. Zij dienen eveneens beter inzicht te krijgen in het aanbod van zorgvoorzieningen en de aard en ernst van de verschillende doelgroepen.

### Plaatsing

### Aanbeveling 11

Om de cliënten op tijd op de juiste zorgplek te krijgen is het van belang dat de verschillende klinieken, zorginstellingen, GGZ-voorzieningen en ambulante begeleidingsprogramma's hun aanbod, zorgprogramma's, werkwijze, opnamecriteria, indicaties en contra-indicaties, duidelijk beschrijven en publiceren.

In de toewijzingsbesluiten van DForZo staat een termijn van veertien dagen geformuleerd waarbinnen zorgaanbieders en zorgvoorzieningen bezwaarprocedures kunnen initiëren. Die termijn ervaren ze als te kort. De wijze waarop omgegaan wordt met klachten en bezwaren van zorgaanbieders en zorgvoorzieningen wordt eveneens als onverwacht, van bovenaf opgelegd, en soms als onzorgvuldig ervaren.

### Aanbeveling 12

Het verdient aanbeveling om de bezwaarprocedure die thans vermeld staat op de toewijzingsbesluiten te verlengen met ten minste twee weken. Daarnaast is van belang dat, voordat een formele bezwaarprocedure wordt gestart, de betrokkenen trachten eventuele problemen rondom plaatsingen via onderling informeel overleg op te lossen.

Noot 30 Vergelijk H. Verburg, L. Josée & S. Roosjen, *Indicatiestellinginstrument Forensische Zorg. Format en toelichting voor de wijze van indicatie van beveiliging en zorg*. Utrecht: Trimbos-instituut, Capgemini, NIFP, 29 november 2007, p. 23.

### **Aanbeveling 13**

Als we rekening houden met de knelpunten die indicatiestellers, officieren van justitie en rechters ervaren, en als we rekening houden met de diverse onderdelen die zorgaanbieders missen, dan verdient het overweging voor alle trajecten te laten gelden bij de indicatie één A-4tje te voegen met de volgende informatie:

- Het accent waarop de zorg in het beoogde aanbod moet liggen (aard problematiek leidend tot plaatsing, bij voorbeeld persoonlijkheidsstoornissen).
- Het gewenste niveau van beveiliging/toezicht (geen/poliklinisch/ambulant tot en met FPK).
- De gewenste intensiteit van zorg (van ambulant/poliklinisch, ambulante woonbegeleiding, beschermd wonen enzovoorts tot en met FPK/TBS-kliniek).
- De gewenste instelling die het zorgaanbod moet leveren; eventueel daarbij: de namen van zorginstellingen die eveneens geschikte zorg en beveiliging kunnen leveren.
- De opnamedatum.
- Een prognose van de maximale duur van de beoogde forensische zorg (minder dan 3 maanden, tussen 3 en 6 maanden, tussen 6 maanden en een jaar, tussen 1 en 2 jaar, meer dan 2 jaar).
- De strafrechtelijke titel en het VIP-nummer, en ten slotte:
- De somatische gegevens van de justitiabelen om wie het gaat.

### *Effectmeting*

### **Aanbeveling 14**

Toets na verloop van tijd de wijzigingen op het gebied van de vernieuwing indicatiestelling en plaatsingsprocessen forensische zorg op effectiviteit. Het kan hierbij het beste gaan om wetenschappelijk verantwoord praktijkonderzoek, waarbij een procesevaluatie en een effectmeting worden gedaan.

## Bijlagen

## Bijlage 1 Samenstelling klankbordgroep

- Gerard Schippers (voorzitter), bijzonder hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam op het gebied van verslavingsgedrag en zorgevaluatie. Werkzaam bij AIAR, Amsterdam Institute for Addiction Research – een samenwerkingsverband van verslavingszorginstellingen.
- Petra Steinmann, Directie Sancties, Reclassering en Slachtofferzorg van het Ministerie van Justitie, is projectleider VFZ/KRI, Kaders en Randvoorwaarden Indicatiestelling forensische zorg (tot 1 december 2008).
- Hems Zwier, projectleider VFZ/KRI, Indicatiestelling forensische zorg (per 1 januari 2009).
- Edo Brommet, Ministerie van Justitie, DSRS, projectleider vernieuwing forensische zorg. Hij is vanaf de start van het project betrokken bij de indicatiestelling forensische zorg en het DSP-evaluatieonderzoek.
- Sijtze Roosjen, coördinator Indicatiestelling Forensische Zorg. Werkzaam bij het NIFP, het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie.
- Jan van Dorp, raadsadviseur bij het parket-generaal van het openbaar ministerie (tot 1 december 2008).
- Nathalie de la Cousine, senior beleidsmedewerker bij het parket-generaal van het openbaar ministerie (vanaf 1 december 2008).
- Jacqueline Bosker is beleidsmedewerker bij Reclassering Nederland, verantwoordelijk voor het beleid met betrekking tot diagnose, advies, risicotaxatie.
- Heleen Latooij is beleidsmedewerker Gevangeniswezen.
- Arie Uyterlinde is beleidsmedewerker bij de Stichting Verslavingsreclassering GGZ, portefeuille diagnose, advies, indicatiestelling forensische zorg.
- Willem Jansma is coördinator plaatsing, werkzaam bij DJI, DForZo, Ministerie van Justitie.
- Jaap van Vliet is beleidsmedewerker bij het Leger des Heils Jeugdzorg & Reclassering.
- Marco Wolves, projectmedewerker VFZ/KRI, coördinator instrumenten (vanaf januari 2009).
- Yvonne Moolenaar, beleidsmedewerker bij GGZ Nederland, afdeling financiering en bekostiging. Zij heeft indicatiestelling in haar portefeuille.
- Bram van Dijk, oprichter van onderzoeksbureau DSP-groep en projectleider van het onderzoek.
- Mieke Komen, criminologe, senior onderzoeker DSP-groep.

## Bijlage 2 Overzicht doelgroepen

### **Strafrechtelijke titels**

Bij de nieuwe manier van indiceren gaat het om justitiabelen die forensische zorg nodig hebben naar aanleiding van rechterlijke uitspraken en om gedetineerden. Het vonnis van de strafrechter of de beslissing van de officier van justitie kan de opdracht bevatten tot verlening van forensische zorg in het kader van de volgende strafrechtelijke titels:<sup>31</sup>

- Artikel 37 Sr (niet toerekeningsvatbaar)
- TBS met dwangverpleging (artikel 37a Sr)
- Overplaatsing vanuit TBS- kliniek (artikel 14 Bvt)
- Plaatsing ter observatie (artikel 13-1 Bvt)
- TBS met proefverlof (artikel 51-1 Bvt)
- Voorwaardelijke beëindiging van verpleging van overheidswege (artikel 38g-2 Sr, plaatsing in zorgvoorziening)
- TBS met voorwaarden (artikel 38a Sr)
- Voorwaardelijke veroordeling (artikel 14a Sr)
- Sepot met voorwaarden (artikel 167 Sv/244 Sv)
- Schorsing met voorwaarden (artikel 80-1 Sv)
- Voorwaardelijke gratieverlening (artikel 13-1 Gratiwet jo. 558 Sv)

Als de in de Penitentiaire Beginselenwet genoemde basiszorg die onder andere door NIFP psychiaters wordt gegeven voldoende is voor gedetineerden, zijn geen aparte indicatiebesluiten forensisch psychiatrische zorg nodig. Als gedetineerden meer psychiatrische zorg, verslavingszorg of verstandelijk gehandicaptenzorg nodig hebben, dan kan tenuitvoerlegging plaatsvinden op basis van de titels:

- Plaatsing ten behoeve van pro justitia rapportage (artikel 1961/317 Sv)
- Overplaatsing vanuit gevangeniswezen i.v.m. detentieongeschiktheid (artikel 15-5 Pbw)
- Overbrenging vanuit gevangeniswezen i.v.m. detentiefasering (artikel 4.3 Pbw)
- ISD met voorwaarden (artikel 38p-5 Sr)
- ISD (artikel 44 b t/m 44 q Penitentiaire maatregel Pbw)
- Penitentiair programma met zorg (artikel 15.2 Pbw)
- Interne overplaatsing op zorgafdeling in het gevangeniswezen
- Pré klinische interventie bij TBS-gestelden in het gevangeniswezen
- Poliklinische verrichtingen door GGZ in het gevangeniswezen
- Voorwaardelijke Invrijheidstelling met bijzondere voorwaarden
- Strafbeschikking met aanwijzing<sup>32</sup>

Deze strafrechtelijke titels zijn van belang om te vermelden op de indicatie, in verband met de bekostiging van de zorg.<sup>33</sup>

Noot 31 Beleidskader Indicatiestelling Forensisch psychiatrische zorg. Den Haag:Ministerie van Justitie/Vernieuwing Forensische Zorg, 13 december 2007.

Noot 32 Deze beschikking valt onder de wet OM afdoening en wordt gefaseerd toegepast. Naar verwachting zal deze strafrechtelijke titel in 2009 nog weinig worden opgelegd (Uitvoeringsprotocol forensische zorg 2009-2010. Den Haag: DForZo, DJI, Ministerie van Justitie, december 2008, p. 69).

Noot 33 Plan van aanpak. Deelproject Kaders en randvoorwaarden indicatiestelling VFZ, Den Haag: Ministerie van Justitie, april 2008.



## **De zorginstellingen**

Om welke zorginstellingen gaat het? Het Ministerie van Justitie koopt psychiatrische zorg in voor justitiabelen met een van bovengenoemde strafrechtelijke titels, justitiabelen die dat nodig hebben. Deze zorg wordt onder meer geleverd door:

- forensisch psychiatrische centra van het rijk, Veldzicht
- FPC Flevo Future/Oostvaardersklinieke en FPC Van Mesdag
- particuliere forensisch psychiatrische centra, Pompestichting
- De Rooyse Wissel, De Kijvelanden
- Oldenkotte en Van der Hoevenstichting
- klinieken voor (sterk gedragsgestoorde) licht verstandelijke gehandicapten, zoals Hoeve Boschoord
- forensisch psychiatrische klinieken, FPK Assen
- FPK De Meren, GGZ Eindhoven
- forensisch psychiatrische afdelingen, onderdeel van een ggz-instelling
- de zorgvoorzieningen in het gevangeniswezen
- instellingen voor ambulante psychiatrische zorg
- verslavingszorg
- regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW's), opvangcentra

Bron: Forensische Psychiatrie Today, jaargang 5, juni 2007

Voor een bijgewerkte lijst van gecontracteerde zorgaanbieders, zie [www.dji.nl/inrichtingen/main.asp?pid=1543](http://www.dji.nl/inrichtingen/main.asp?pid=1543)

## **Herindicaties**

Herindicaties zullen in de toekomst lopen via de indicatiestellers forensische zorg. Het zal dan niet gaan om overplaatsingen van patiënten naar een andere forensische zorginstelling of zorgaanbieder als de nieuw geleverde zorg geheel bekostigd kan worden op grond van de indicatiestelling. Herindicaties kunnen bij voorbeeld nodig zijn als blijkt dat de geïndiceerde zorg niet aansluit bij de zorgbehoefte van justitiabelen en de minister een nieuwe indicatiestelling gelast.

## Bijlage 3 De evaluatiekaart van DSP-groep

<b>Evaluatiekaart Indicatiestelling Forensische Zorg</b> In te vullen na elke indicatiestelling tijdens de testfase, na vaststelling indicatie graag direct mailen naar <a href="mailto:mkomen@dsp-groep.nl">mkomen@dsp-groep.nl</a>	
	<b>Naam indicatiesteller</b>
	<b>Functie</b>
	<b>Instelling/werkzaam bij</b>
	<b>Plaats</b>
	<b>Telefoon en emailadres</b>
1	<b>Aanvrager/in welke fase van het strafrechttraject is de indicatiestelling uitgevoerd (advisering/schorsing voorarrest/toezicht/TR/ VI etc.)?</b>
2	<b>Datum binnenkomst aanvraag (= datum aanvraag adviesrapport of datum aanvraag door toezichthouder</b>
3	<b>Aanleiding tot aanvraag ( geconstateerde problemen/ herindicatie / specifieke vraag opdrachtgever etc.)</b>
4	<b>Leeftijd, geslacht en etniciteit van cliënt; en relevante aandachtspunten in situatie van cliënt ( bijv. eerder zorg ontvangen, aard problematiek, specifieke doelgroep zoals zeden, huiselijk geweld, veelpleger)?</b>
5	<b>Data afname instrument met daarin datum advies gereed en datum vaststelling indicatiebesluit ( indien bekend, bijvoorbeeld tijdens toezichtfase wordt besluit vastgesteld door UMer)</b>
6	<b>Tijdsduur indicatiestelling ( neem over van formulier tijdsregistratie)</b>
7	<b>Datum start zorg (indien bekend); Indien de zorg is gestart vóór zitting/vonnis, wat is de reden?</b>
8	<b>Waren onderdelen van het instrument onduidelijk? Zo ja welke?</b>
9	<b>Leverden bepaalde onderdelen van het instrument niet of nauwelijks zinvolle informatie op? ja/nee, zo ja welke?</b>
10	<b>Bood het instrument een goede basis voor het bepalen van het indicatieadvies of –besluit? Ja/nee; zo nee, waarom niet?</b>
11	<b>Leverde de afname van het instrument speciale moeilijkheden op? Welke? Eventuele gevonden oplossingen voor deze moeilijkheden?</b>

12	Was er sprake van samenwerking of overleg met andere disciplines? Zo ja, met welke, en hoe verliep dat? (goed-kan beter, toelichting)	
13	Was een BIG geregistreerde professional betrokken bij het proces, of is indicatie gebaseerd op recente dossierinformatie van een gedragsdeskundige? Waarom wel, waarom niet?	
14	Inhoud indicatieadvies?	
15	Bood het instrument goede handvatten voor het in kaart brengen van de behoefte aan forensische zorg van de cliënt? Ja/nee, toelichting? Kwamen alle relevante aspecten van de zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak aan de orde?	

## Bijlage 4 Leidraad interviews ketenpartners

### Leidraad interviews ketenpartners – afnemers van de indicatieadviezen en -besluiten forensische zorg

(OM, ZM, DJI/DForZo afdeling inkoop en plaatsing, zorgaanbieders)

#### Algemeen

Naam/adres instelling

Naam/functie respondent:

#### Vooraf

- Met welke indicatiestellende organisaties die meedoen aan de pilot heeft u tot nu toe te maken gehad?
- Hoeveel adviezen of besluiten op de nieuwe manier heeft u tot nu toe ontvangen?
- Welke formulieren, formats?

#### Bruikbaarheid

- Heeft u het ingevulde model indicatiestelling forensische zorg helemaal gelezen? Waarom wel/niet?
- Vindt u de ingevulde modellen met de indicatiestelling voor forensische zorg helder en goed bruikbaar? Voor welke beslissingen?
- Wat doet u als het ingevulde model, advies of besluit, niet goed bruikbaar is? Wat zou u dan doen?
- Volgde u de indicatiestelling waarmee u tot nu toe bent geconfronteerd? Ja, nee?
- Indien niet, waarom niet? Hoe gaat dat in de praktijk?
- Komen volgens u alle relevante aspecten van de zorgbehoefte van de justitiabele aan de orde tijdens de nieuwe manier van indiceren, in het ingevulde model? Wat mist u of uw organisatie?
- Komen volgens u alle relevante aspecten van het noodzakelijke beveiligingsniveau aan de orde tijdens de nieuwe manier van indiceren, in het ingevulde model? Wat mist u?
- Zijn de indicatiestellingadviezen en –besluiten en de ingevulde formats voldoende informatief? Weet u na lezing wat u wilt weten?

#### Informatie en kennis

- Heeft u uitleg gekregen over hoe en waarom van de nieuwe manier van indiceren voor forensische zorg die nu wordt uitgetest? Ja/nee? Zo ja, voldoende? Mist u enige uitleg?
- Bieden de nieuwe modellen met adviezen of besluiten u in uw werk voldoende duidelijkheid?

## **Onafhankelijkheid**

- Denkt u dat met het nieuwe instrument indicatiestellers een passend zorgaanbod kunnen adviseren voor de justitiabelen? [Indien zorgaanbieder: Anders, beter dan voorheen?]
- Vindt u dat dit op de nieuwe manier van indicatiestelling forensische zorg die we nu testen op een onafhankelijke wijze geschiedt – onafhankelijk van het zorgaanbod of de zorgaanbieder?
- Vindt u die onafhankelijkheid van zorgaanbod en zorgaanbieders van belang?

## **Tijd**

- Wat vindt u van de tijdigheid van de ontvangen adviezen of besluiten? Ontvangt u het advies of besluit op tijd? Moet u er (te) lang op wachten? Indien relevant: ontvangt u de indicatiestelling voordat de behandeling van de justitiabele is gestart?
- Wat betekent de nieuwe manier van indiceren volgens u voor de doorlooptijden? Paar dagen, veel dagen, heel veel dagen langer?

## **Overleg met indicatiestellers**

- Heeft u overleg met indicatiestellers? Met wie? Om welke reden? Hoe verloopt dat overleg? Bent u over het algemeen tevreden over dit contact?
- Heeft u in verband met de indicatiestelling forensische zorg contact of overleg met zorgaanbieders? Om welke reden? Hoe verloopt dat? Bent u over het algemeen tevreden over dit contact?
- Wat betekent het indicatiestellinginstrument en bijbehorende proces voor de samenwerking tussen indicerende organisaties en u als ketenpartner?

## **Eindoordeel**

- Met welke knelpunten bent u geconfronteerd of denkt u te zullen worden geconfronteerd - die een goede indicatiestelling of een goede forensische zorg belemmeren? Welke eventuele oplossingen heeft u hiervoor (gevonden) of zijn hiervoor?
- Welk cijfer geeft u aan de nieuwe manier van indiceren (die we nu uittesten)?
- Heeft u suggesties om het indicatiestellinginstrument of het nieuwe proces te verbeteren? Zo ja, welke?

## Bijlage 5 Format indicatiestelling

### Format Indicatiestelling in de Forensisch Psychiatrie

Format Klinisch (uitgebreid)

Basisgegevens cliënt					
Naam			Voorletters		
Geboortedatum			Geboorteplaats		
Straat			Huisnummer		
Postcode			Plaats		
Vonnis		Parketnummer		Datum onherroepelijk	
Tijdelijk verblijfplaats:					

Vraagstelling

Beschikbare en geraadpleegde documentatie		

Gegevens aanvrager			
Naam aanvrager			
Telefoonnummer		Faxnummer	
E-mailadres			
Datum aanvraag		Plaats	

I Diagnostische overwegingen. (*)
Beschrijvende diagnose, inclusief de persoonlijkheidsstructuur en het verstandelijk niveau van functioneren. Tevens wordt eventueel de veranderingen in de diagnose aangegeven die in de loop der tijd zijn opgetreden.

## 1.2 Testpsychologisch onderzoek

### Persoonlijkheidsprofiel

## 2 Anamnese (recent psychiatrisch functioneren) (\*),

Beschrijving actueel psychiatrisch functioneren; reeds ingestelde behandeling en effecten; medicatiegebruik,

### Hulpvraag (\*),

Hierbij gaat het zowel om de beschrijving van hulpvraag en motivatie van de patiënt<sup>34</sup>, als om de hulpvraag van de verwijzer en de achterliggende hulpvraag van de samenleving (beveiliging, delictpreventie)<sup>35</sup>.

### Hulpverleningsgeschiedenis vóór het delict (\*),

Korte beschrijving actuele ambulante en klinische behandelaanbod en resultaten daarvan.

Bekendheid in de zorgketen, relevante psychiatrische voorgeschiedenis en/of bijzondere omstandigheden. Is er een medisch dossier in de zorgketen?

### Medicatiegeschiedenis én huidig gebruik (\*),

Beschrijving van het medicatiegebruik in het verleden, wijze van inname, effect, medicatietrouw (dwang, drang, vrijwillig). Eventueel effect van medicatiegebruik. Eindigt met beschrijving huidige medicatiegebruik en dosering.

Noot 34 Korte beschrijving van de individuele vraag van de patiënt en zijn intrinsieke of extrinsieke motivatie om aan hulpverleningsdoelen te werken. Betrokkene wil bijvoorbeeld behandeld worden voor de gesignaleerde psychiatrische problematiek, of werken aan de factoren die bijdragen aan recidivering.

Noot 35 Beschrijf daarnaast in het kort de achterliggende vraag van de samenleving ten aanzien behandeling, beveiligingsaspecten van de forensisch psychiatrische problematiek en delictpreventie, en wat er nodig is om ervoor te zorgen dat de samenleving geen onnodig risico loopt op herhaling van het delict.

**Verslavingsanamnese (alcohol, drugs, medicatie), nu (\*), én in het verleden.**

Beschrijving gebruik alcohol-, drugs-, medicatie- en/of gokverslaving in heden en verleden (duur, aard middelen) en eventueel doorlopen behandeling vanuit ambulante en verslavingsklinieken en effecten.

**Justitiële (strafrechtelijke) voorgeschiedenis (\*),**

Feitelijke beschrijving eerdere contacten met politie en justitie, aard en aantal van gepleegde delicten, ernst en gewelddadigheid, alleen of samen met anderen gepleegd, relatie dader en slachtoffer(s) en vonnissen.

**3 Delict en behandeling (\*),**

***Niet delict gerelateerde behandeling***<sup>36</sup>:

**Bron:** De rapportage vanuit het PMO (Psycho Medisch Overleg) en/of de reclassering. (3-RO's)

Beschrijf beknopt de factoren die geleid kunnen hebben tot de stoornis, (bijzondere omstandigheden en uitlokkende factoren), en de noodzakelijke zorg binnen detentie of buiten detentie in het kader van 15.5 PBW.

***Delict gerelateerde behandeling:***

**Bron:** De Pro Justitia rapportage, forensisch psychiatrische en psychologische beschouwing of **consultbrief** (\*),

Beschrijf beknopt het delictscenario met aandacht voor o.a. de condities (bijzondere omstandigheden en uitlokkende factoren) die tot het delict geleid hebben, toestand van de dader tijdens het delict, relatie met de stoornis, rol van psychotische verschijnselen en middelengebruik bij het delict. Kortom samenhang tussen stoornis en delict.

Noot 36 Hierbij gaat het met name om psychiatrische behandeling van patiënten binnen het gevangeniswezen, waarbij primair delictpreventie niet direct aan de orde is.



**Recidive: preventie en signalering (\*),**

Beschrijving factoren die kunnen leiden tot een herhalingsdelict en in welke mate het recidivegevaar kan worden verminderd.

Er wordt een samenvatting gegeven van eventueel beschikbare testresultaten: o.a. HCR-20, PCL-R en RISC en MATE-crimi. Het gaat daarbij om het beantwoorden van de volgende vragen:

- In welke mate is het recidivegevaar verminderd? Is het risico aanvaardbaar (korte en lange termijn)? Waar is deze inschatting op gebaseerd?
- Wat zijn de vroege signalen van terugval in psychisch functioneren en/of risicogedrag en de uitlokkers (belastende factoren) daarvan?
- Welke sociale en materiële omstandigheden hebben verhogend gewerkt op het risico op recidive? (denk aan woonsituatie, deviant netwerk, dagbesteding, financiën e.d.) Zijn bovengenoemde triggers te beïnvloeden?
- Wat zijn de werkbare interventies gebleken bij signalen van verhoogd risico?
- Wat zijn de beschermende of compenserende factoren die het risico van recidive verminderen?

*(Denk aan gezonde levensgebieden of beschikbare vaardigheden van de cliënt, netwerk, omstandigheden, aanbieden structuur, werkrelatie e.d. die de draaglast-draagkracht verhouding gunstig beïnvloeden).*

**Risicomanagement. (\*),**

Voorwaarden aan TBS-proefverlof /bijzondere voorwaarden.

**Signalerings- en terugvalpreventieplan.**

Deze worden indien aanwezig als bijlage aan de verwijfsbrief toegevoegd.

**4 Zorg en beveiliging (\*),**

Beschrijving uitspraak Rechtbank en het advies van de Pro Justitia rapporteurs en reclasserings aan de Rechtbank. Eventuele bijzonderheden (afspraken met OvJ).

## 5 Zorg en beveiligingstraject (\*),

Vanuit de vraagkant wordt op basis van de uitkomsten van het indicatiestellingsinstrument en de daarin gesignaleerde probleemgebieden, op transparante wijze vastgesteld en beschreven welke zorg en beveiligingsniveau noodzakelijk is. (invullen van de matrix)

Bij de keuze van de trajecten geldt als belangrijk criterium dat de aard van het probleemgebied aparte eisen stelt aan de context en setting waarin de hulp plaatsvindt. Binnen elk probleemgebied kan het gaan om meer of minder intensieve zorg, zowel ambulante, klinische als binnen het Gevangeniswezen.

Er wordt met betrekking tot het zwaartepunt van de problematiek een keuze gemaakt uit een van de volgende probleemgebieden/trajecten:

- 1 Psychotische kwetsbaarheid
- 2 Ernstig gestoorde Licht verstandelijk gehandicapten (met subspecialisaties)
- 3 Gedragscontrole stoornissen/agressie
- 4 Grensoverschrijdend seksueel gedrag
- 5 Mensen met een autismespectrum stoornis
- 6 Longstay (zorgintensief of minder zorgintensief)
- 7 Huiselijk geweld (vnl. ambulante)
- 8 Forensisch psychiatrische zorg niet direct gericht op delictpreventie, voorzover niet vallend binnen een van de voorgaande trajecten (bv. depressie, angst, persoonlijkheidsstoornis)
- 9 Overige – individuele zorg op maat

Verslaving is geen apart traject, maar maakt noodzakelijkerwijs onderdeel uit van alle bovengenoemde trajecten, vergelijkbaar met de ontwikkeling in de algemene GGZ.

Classificatie volgens DSM IV TR (*),	Code:
As I:	
As II:	
As III:	
As IV:	
As V:	

## Bijlage 6 De wegingsmatrix

Kritische factoren	Verblijfsintensiteit				Beveiligingsniveau					Aard van de behandeling			N.v.t.						
	0	1	2	3	0	1	2	3	4	1	2	3	VB	BV	BH				
1 Ziektebeeld / Hoofddiagnose																			
Aard psychiatrische ziekte/stoornis																+	+	+	
<a href="#">Bijkomende problemen/specifieke diagnosen[1]</a>		+					+						+						
Ziekte-inzicht/motivatie (nvt 3RO)																			
Frustratietolerantie (nvt 3RO)																			
Impulscontrolestoornis (nvt 3RO)																			
Agressieregulatie																	+	+	+
Alcohol		+					+						+						
Drugs																	+	+	+
Overige																			
2 Risicoanalyse																			
Gevaar voor anderen		+					+						+						
Gevaar voor zichzelf																	+	+	+
Gevaar vanuit omgeving (bijvoorbeeld wraak)																	+	+	+
Zelfcontrole/verantwoordelijkheid voor gedrag		+					+						+						
Onttrekken aan omgangsregels																	+	+	+
Vluchtgevaar																	+	+	+
Totaal blad 1																			

Kritische factoren	Verblijfsintensiteit				Beveiligingsniveau					Aard Behandeling			N.v.t.			
	0	1	2	3	0	1	2	3	4	1	2	3	VB	BV	BH	
3 Individuele gedragskenmerken																
Impulsiviteit		+				+					+					
Onttrekken aan behandeling		+				+					+					
Geschiktheid groepsbehandeling		+				+					+					
Motivatie voor behandeling		+				+					+					
Beïnvloedbaarheid		+				+					+					
Vermogen tot introspectie		+				+					+					
Sociale vaardigheden		+				+					+					
4/5 Delict en justitiële randvoorwaarden																
Opgelegde maatregel of voorwaarden in vonnis	+	+				+	+				+	+				
Bij detentie: lengte strafrestant														+	+	+
<a href="#">Relatie stoornis en delict[2]</a>																
Delictgeschiedenis														+	+	+
Bijzonderheden huidige delict (publ.gevoeligheid)	+	+				+	+				+	+				
Juridische status/titel														+	+	+
Verblijfsstatus														+	+	+
6 Overige factoren																
Beschermende factoren sociaal netwerk		+					+									
Belastende factoren (w.o. schulden/werk/huisvesting)		+					+									
Totaal tabblad 2																
Eindtotaal																
<a href="#">[1] Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld een verstandelijke beperking, Korsakoff, zintuiglijke handicaps, niet-aangeboren hersenletsel</a>																
<a href="#">[2] In te vullen bij TBS , art. 37 of als dit in PJ rapportage is opgenomen. In andere gevallen is uitgebreide diagnostiek nodig</a>																

## Bijlage 7 Model indicatieadvies en -besluit van 8 oktober 2008

### Advies Indicatiestelling Forensische Zorg (model tbv pilot VFZ/ KRI)

Aan { } (rechter, RC, OvJ, MvJ, selectiefunctionaris)

Verzenddatum {brief datum}

Referentie {VIP-, CVS- of TULP-registratienummer}

Behandeld door { }

Onderwerp Indicatieadvies {adviesdatum}

Bijlage {toelichting indicatieadvies}

{Aanhef}

Op {datum} is voor {naam, geboortedatum} het volgende indicatieadvies genomen. Dit advies is opgesteld na beoordeling van de aard van de problematiek of het ziektebeeld, de risicoanalyse en de gedragskenmerken van de justitiabele. Met dit indicatieadvies wordt richting gegeven aan de noodzakelijke behandeling, verblijfsintensiteit en beveiligingsniveau.

#### Aard delict

{wetsart. nr. en omschrijving daarvan; indien van toepassing typering volgens clusters BooG};

Eventueel toelichten als er sprake is van (eerdere) delicten in verleden bij de zorgaanvraag worden betrokken.

#### Verwachte duur/route strafrechtelijk traject en evt. justitiële voorwaarden

{beschrijving te verwachten duur strafrechtelijk traject en voorwaarden, voor zover in betreffende fase van het strafproces bekend of over geadviseerd word, met helder onderscheid daarin, dus met bronvermelding!}

#### Beveiligingsniveau

{laag, gemiddeld, hoog, zeer hoog}

Plus korte toelichting, bijv. historie eerdere ontvluchtingen; indien relevant: toelichting recidiverisico, vluchtgevaarrisico, risico's ivm interne veiligheid.

#### Verblijfsintensiteit

{geen= ambulant; laag, gemiddeld, hoog}

Plus korte toelichting waarom voor deze intensiteit gekozen is (bijv. eerder verblijf)

## Aard behandeling

{begeleiding, diagnostiek, behandeling}  
Plus korte toelichting evt. eerdere behandelingen

## Aard problematiek, leidend voor plaatsing

A. Hoofdroute= inschatting hoofddiagnosegroep die leidend is voor plaatsing {1. pervasieve ontwikkelingsstoornissen; 2. aan alcohol gebonden stoornissen en overige aan een middel gebonden stoornissen; 3. schizofrenie en andere psychotische stoornissen; 4. seksuele stoornissen en gender identiteitstoornissen; 5. stoornissen in de impulsbeheersing; 6. persoonlijkheidsstoornissen 7. zwakzinnigheid; 8. restgroepdiagnoses DBBC}

- Indien DSM-classificatie beschikbaar is, dan dient deze te worden vermeld (volledig invullen plus bronvermelding, dwz degene die de hoofddiagnose heeft gesteld)

B. In de testfase is bij licht ambulante trajecten de inschakeling van een psychiater niet vereist<sup>37</sup> en is in verband daarmee een inschatting van hoofddiagnosegroep op dat moment dus (nog) niet altijd mogelijk! Voor die gevallen geldt in de testfase met het oog op adequate plaatsing een aparte categorie<sup>38</sup>:

"Inschatting gedragsproblematiek die leidend is voor plaatsing bij ambulante forensische zorg op een van de volgende leefgebieden:

{1. delictgedrag; 2. huisvesting en wonen; 3. opleiding, werk en leren; 4. inkomen en omgaan met geld; 5. relaties met partner, vrienden en kennissen; 6. druggebruik; 7. alcoholgebruik; 8. emotioneel welzijn; 9. denkpatronen, gedrag en vaardigheden; 10. houding}."

## Eventueel: bijkomende beperkingen

{specialistisch medische zorg, verpleging, zintuiglijke of motorische handicap}

Eventueel toelichting specifieke beperking.

## Geldigheidsduur indicatieadvies

{verwachte duur strafrechtelijke titel, tenzij om zorginhoudelijke redenen bij indicatiestelling een kortere periode kan worden overzien –dit expliciteren}. Trajectbeschrijving benodigde zorg plus motivatie daarvan, incl. eventueel te verwachten veranderingen in voornoemde intensiteit.

## Ondertekening

{naam, functie} Indicatiesteller

Noot 37 Bron: beleidskader dec. 2007. De noodzaak van inschakelen van een BIG-geregistreerde vormt overigens een expliciet aandachtspunt in de testfase, welke door een extern onderzoeksbureau wordt geëvalueerd.

Noot 38 Op grond van de ervaringen in de testfase zal dit geëvalueerd worden.

## **Indicatiebesluit Forensische Zorg (model tbv pilot VFZ/ KRI)**

Aan { } justitiabele; afd. plaatsing (DFORZO, reclassering);  
T.a.v. {plaatsingscoördinator}

Verzenddatum {brief datum}  
Referentie {VIP-, CVS- of TULP-registratienummer}  
Behandeld door { }  
Onderwerp Indicatiebesluit {besluitdatum}  
Bijlage {toelichting indicatiebesluit}

{Aanhef}

Op {datum} is voor {naam, geboortedatum} het volgende indicatiebesluit genomen. Dit besluit is opgesteld na beoordeling van de aard van de problematiek of het ziektebeeld, de risicoanalyse en de gedragskenmerken van de justitiabele. Met dit indicatiebesluit wordt richting gegeven aan de noodzakelijke behandeling, verblijfsintensiteit en beveiligingsniveau.

### **OM-beslissing/ rechterlijke uitspraak**

{inhoud, datum}

### **Duur/route strafrechtelijk traject en evt. justitiële voorwaarden**

{beschrijving duur strafrechtelijk traject en voorwaarden}

### **Aard delict**

{wetsart. nr. en omschrijving daarvan; indien van toepassing typering volgens clusters BooG};  
Eventueel toelichten als er sprake is van (eerdere) delicten in verleden bij de zorgaanvraag worden betrokken.

### **Beveiligingsniveau**

{laag, gemiddeld, hoog, zeer hoog}  
Plus korte toelichting, bijv. historie eerdere ontvluchtingen; indien relevant: toelichting recidiverisico, vluchtgevaarrisico, risico's ivm interne veiligheid.

### **Verblijfsintensiteit**

{geen= ambulant; laag, gemiddeld, hoog}  
Plus korte toelichting waarom voor deze intensiteit gekozen is (bijv. eerder verblijf)

## Aard behandeling

{begeleiding, diagnostiek, behandeling}  
Plus korte toelichting evt. eerdere behandelingen

## Aard problematiek, leidend voor plaatsing

A. Hoofdroute= inschatting hoofddiagnosegroep die leidend is voor plaatsing {1. pervasieve ontwikkelingsstoornissen; 2. aan alcohol gebonden stoornissen en overige aan een middel gebonden stoornissen; 3. schizofrenie en andere psychotische stoornissen; 4. seksuele stoornissen en gender identiteitsstoornissen; 5. stoornissen in de impulsbeheersing; 6. persoonlijkheidsstoornissen 7. zwakzinnigheid; 8. restgroepdiagnoses DBBC}

- Indien DSM-classificatie beschikbaar is, dan dient deze te worden vermeld (volledig invullen plus bronvermelding, dwz degene die de hoofddiagnose heeft gesteld)

B. In de testfase is bij licht ambulante trajecten de inschakeling van een psychiater niet vereist<sup>39</sup> en is in verband daarmee een inschatting van hoofddiagnosegroep op dat moment (nog) niet mogelijk. Voor die gevallen geldt in de testfase een aparte categorie<sup>40</sup>:

“Inschatting gedragsproblematiek die leidend is voor plaatsing bij ambulante forensische zorg op een van de volgende leefgebieden:

{1. delictgedrag; 2. huisvesting en wonen; 3. opleiding, werk en leren; 4. inkomen en omgaan met geld; 5. relaties met partner, vrienden en kennissen; 6. druggebruik; 7. alcoholgebruik; 8. emotioneel welzijn; 9. denkpatronen, gedrag en vaardigheden; 10. houding”}

## Eventueel: bijkomende beperkingen

{specialistisch medische zorg, verpleging, zintuiglijke of motorische handicap}

Eventueel toelichting specifieke beperking.

## Geldigheidsduur indicatiebesluit

{verwachte duur strafrechtelijke titel, tenzij om zorginhoudelijke redenen bij indicatiestelling een kortere periode kan worden overzien –dit expliciteren}. Trajectbeschrijving benodigde zorg plus motivatie daarvan, incl. eventueel te verwachten veranderingen in voornoemde intensiteit.

## Bezwaarprocedure indicatiebesluit

## Ondertekening

{naam, functie}

Noot <sup>39</sup> Bron: beleidskader dec. 2007. De noodzaak van inschakelen van een BIG-geregistreerde vormt overigens een expliciet aandachtspunt in de testfase, welke door een extern onderzoeksbureau wordt geëvalueerd.

Noot <sup>40</sup> Op grond van de ervaringen in de testfase kan doorontwikkeling plaatsvinden.



## Bijlage 8 Het format ingevuld

**Toelichting voor de wijze van indicatie van beveiliging en zorg, format dat wordt gebruikt tijdens de pilot NIFP Arnhem**

Postadres: Postbus 9013, 6800 DR  
Arnhem

Bezoekadres:  
Pels Rijckenstraat  
1

**Toelichting advies indicatiebesluit**

6814 DK Arnhem  
Telefoon

**Geanonimiseerd voorbeeld voor  
testfase  
en onderzoek DSP-groep**

Fax  
E-mail:

Onderdeel	Indicatiestelling Forensische Zorg
Contactpersoon	X
Doorkiesnum- mer(s)	026-3XXXXXX
E-mail	Indicatiestelling_arnhem@dji.minjus.nl
Datum	14 oktober 2008
Behandeld door	X
Ons kenmerk	/0xxx
Onderwerp	X.
Parketnummer	
VIP-nummer	

**Mevr. ...., geb. .... te .....**  
**Wonende .....,**  
**thans preventief gehecht in PI .....**

De rechtbank .....heeft in een proformazitting van 29 september 2008 de zaak aangehouden tot 23 oktober 2008. De Officier van Justitie is voornemens een vonnis met bijzondere voorwaarden te vorderen. Eén van de bijzondere voorwaarden kan zijn een klinische behandeling.

### **Aard delict**

Geweld (art. 181 SR). Betrokkene wordt verdacht een serie inbraken/insluipingen en diefstallen gepleegd in de periode 2003/2008. Uit de Justitiële Documentatieregister blijkt dat betrokkene vanaf 1992 in aanraking is gekomen met politie/justitie inzake het medeplegen van opzettelijk brandstichting en diefstal.

### **Vraagstelling**

Het betreft hier een verzoek tot afgifte van een advies-Indicatiebesluit Forensisch Psychiatrische Zorg in het kader mogelijk op te leggen gevangenis-

straf met een voorwaardelijk strafdeel met als bijzondere voorwaarde klinische opname en toezicht door de reclassering.  
Aanvraagster, VNN ....., mw. ...., verslavingsreclassering in het kader voorlichtingsrapportage. Tevens is er contact geweest met de Officier van Justitie, de heer ....., , rechtbank Arnhem.

### **Diagnostische overwegingen**

In de Pro Justitia rapportage, ....., klinisch psychologe, d.d. 22 september 2008, wordt vermeld dat sprake is van het onvermogen voor zichzelf te zorgen en van gebrekkige coping- en communicatievaardigheden, vermoedelijk in het kader van hetzij een ontwikkelingsstoornis (ASS), hetzij een persoonlijkheidsstoornis cluster A (schizoïde/schizotypisch). Tevens is er sprake van gestagneerde rouw. Mogelijk was ten tijde van het tenlastegelegde hoogstwaarschijnlijk ook sprake van een stemmingsstoornis (depressie of dysthymie). Het stellen van een ambulante diagnose en het moeten stellen zonder hetero-anamnese is niet goed mogelijk gebleken.

### **Verslavingsanamnese**

Er wordt gesproken van alcoholgebruik, als reactie op het overlijden van haar vriend, nu zou betrokkene alleen nog wel eens in het weekend wat drinken..  
Betrokkene zou voorheen veel hebben geblowd, nu neemt zij 1 á 2 x per week nog een joint.

### **Classificatie volgens DSM-IV**

As I ontwikkelingsstoornis jeugd (inclusief pervasief)  
As II persoonlijkheidsstoornis cluster A  
As III geen diagnose op somatisch gebied  
As IV psychosociale stressfactoren: financiën, huisvesting, sociale omgeving,  
As V niet bekend.

### **Risicoanalyse**

Er is sprake van een gebrekkig copingsmechanisme, zij leeft ongestructureerd en is enigszins achterdochtig. Betrokkene reageert op problemen met passiviteit, zij stelt zich afwachtend en vermijdend op. Als betrokkene geen behandeling en hulp ontvangt zal zij weer in het zwerverscircuit belanden, de kans op herhaling van het delictgedrag is dan zeer groot. Er is onduidelijkheid rondom de Bewindvoerderschap van haar vader, betrokkene krijgt geen zakgeld en heeft geen uitkering.  
Tegelijkertijd is er sprake van openstaande schulden (Recl. 2008). Het ontbreken van financiële inkomsten draagt bij aan herhalingsdelicten.

## **Individuele gegevens en gedragskenmerken**

Betrokkene maakt een kwetsbare indruk en is dyslectisch. Er is sprake van een lage intelligentie (IQ 85), betrokkene heeft de LTS gedaan, maar zakte voor haar eindexamen; het was het jaar waarin haar vriend was overleden. Er is sprake van emotionele instabiliteit. Er zijn gevoelens van onzekerheid, somberheid, eenzaamheid, verdriet en machteloosheid. Betrokkene geeft zelf aan introvert en sociaal angstig te zijn. Contact leggen met anderen vindt zij moeilijk. Betrokkene stelt zich afhankelijk op en kan moeilijk voor zichzelf opkomen.

## **Aanvullende informatie die van belang is**

Voor de biografische familieanamnese en hulpverleningsgeschiedenis wordt verwezen naar de onderliggende rapportages. Er sprake van ernstige sociaal-maatschappelijke problematiek, in de zin dat het haar maar niet lukt om haar leven op de rails te krijgen.

De leefsituatie van betrokkene kan als schrijnend en zorgwekkend worden beschreven, haar woning wordt openbaar verkocht omdat zij haar hypotheek niet betaalt. Anderzijds is haar vader bewindvoerder, maar deze doet haar geen financiën toekomen.

Pogingen van de reclasseringsmedewerker of het Openbaar Ministerie om in contact te komen met de bewindvoerder zijn tot op heden op niets uitgelopen.

## **Behandelperspectief**

Betrokkene is eerder in aanraking geweest met de ambulante GGz, welke bestond uit drie gesprekken en medicamenteuze behandeling met Ritalin, in verband met het vermoeden van ADHD. Vanuit behandelperspectief lijkt het naar de mening van de gedragskundige onderzoeker wenselijk dat betrokkene klinisch wordt opgenomen voor nadere observatie en diagnostiek.

## **Voorgenomen indicatiebesluit**

Op basis van het ziektebeeld, risicoanalyse en gedragskenmerken, is de richting aangegeven van de noodzakelijke intensiteit van verblijf en het beveiligingsniveau. Er is sprake van gemiddeld zorgintensiteit en een gemiddeld beveiligingsniveau. Dat wil zeggen dat betrokkene een klinische opname behoeft binnen het forensisch psychiatrische circuit, in eerste instantie ter observatie en nadere diagnostiek, in een besloten kliniek met forensische expertise in een kleine groep op het niveau van een Forensisch Psychiatrische Afdeling. Daarnaast dient individuele begeleiding tot de mogelijkheden te behoren binnen het behandelaanbod.

Mocht uit de observatie- en diagnostiekfase blijken dat betrokkene gebaat is bij een behandeling bij dezelfde zorgaanbieder, dan is zij daarvoor ook geïndiceerd vanwege het verder opbouwen van de werkrelatie, het zicht krijgen op zijn problematiek en het verminderen van de kans op recidive.

In de behandeling dient aandacht te worden geschonken aan het versterken van haar copingsvaardigheden. Op geleide van de effecten van de behandeling zou na stabilisatie, in overleg met betrokkene, reclassering en behandelaar, betrokkene voor ondersteunende begeleiding en activering toegeleid

kunnen worden naar een structuur biedende 24-uurs voorziening waar betrokkene eventueel weer kan toewerken naar alleen wonen met ambulante woonbegeleiding, eventueel gecombineerd met ambulante (deeltijd)-behandeling en poliklinische contacten in verband met beoordeling psychiatrisch toestandsbeeld. Daarnaast dient er aandacht geschonken te worden aan een vorm van dagbesteding in de vorm van aangepaste arbeidachtige activiteiten. De financiële situatie van betrokkene verdient aandacht

....., forensisch psychiater IFZ,  
NIFP Arnhem.

**Bronvermelding cq. geraadpleegde stukken**

## Bijlage 9 Voorbeeld 'oude' verwijsbrief PMO PI Havenstraat

Postadres: Emmalaan 7, 1075 AT Amsterdam

Aan: FPP de meren

Bezoekadres:

Emmalaan 7

1075 AT Amsterdam

Telefoon (020) 6 73

94 94

Fax (020) 6 76 33 46

E-mail

Datum

Ons ken-

merk

Onderwerp Aanmelding dagbehandeling FPP

Geachte collega,

Hierbij treft u de aanmelding voor de poliklinische dagbehandeling van de FPP van de **heer H. B., geboren X**. Patiënt is gedetineerd in PI Amsterdam, locatie Havenstraat. Hij kreeg op X de ISD maatregel opgelegd voor de duur van twee jaar.

### **Relevante informatie / (justitiële) voorgeschiedenis**

Zie ook bijgevoegde rapportage pro justitia van begin dit jaar.

Bij binnenkomst dachten wij dat het hier ging om een jongeman met een borderline persoonlijkheidsstructuur, die neigt naar depressieve klachten en alcohol misbruikt. Deze gedachte werd ondersteund door een eerder intake verslag van jullie polikliniek (...). Wij waren dan ook erg verbaasd dat uit de pro justitia rapportage de diagnose schizofrenie naar voren kwam. Die diagnose wordt ondersteund door (...).

In eerste instantie stonden wij daar wat wantrouwend tegenover: wij zagen geen psychotische verschijnselen bij patiënt en hij leek goed te functioneren. In de loop van het afgelopen half jaar is onze mening daaromtrent gewijzigd. Wij hebben geen verschijnselen van een eventuele persoonlijkheidsstoornis gezien bij patiënt, terwijl je dat wel mag verwachten in detentie. Wat we wel zien is een kwetsbare jongen, erg gevoelig voor spanning, die vlak en initiatiefloos is en zich snel terugtrekt op cel. Psychotische verschijnselen zijn nog steeds niet waargenomen maar patiënt gebruikt ook trouw zijn antipsychotica. (...) Al met al lijkt het beeld beter te passen bij

schizofrenie dan bij borderline persoonlijkheidstrekken.

**Huidige medicatie:**

Zolpidem 10 mg AN

Citalopram 20 mg dd

Olanzapine 1 dd vijf plus 1 dd 10 mg (is teruggebracht van 20 mg dd)

**Vraagstelling voor aanmelding**

In de eerste plaats: (mogelijkheden voor) verdere resocialisatie. In welke vorm kan patiënt straks wonen? Welke vorm van ambulante begeleiding is nodig en waar? Welke vorm van daginvulling lijkt wenselijk en haalbaar? Hiernaast: graag meekijken naar de diagnostiek; hoewel deze vraag eigenlijk al beantwoord is willen we jullie vragen mee te kijken of het hier inderdaad gaat om een jongeman met schizofrenie.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd,

Met vriendelijke groet,  
YY psychiater

## Bijlage 10    Standaard verwijsbrief forensische zorg reclasseringsorganisaties

Aanmelding betreft		
Datum		
Naam cliënt		
Voornamen (voluit)		
Geboortedatum/ plaats	/   /	Te:
VIPnummer		
Geslacht / nationaliteit	<input type="radio"/> man <input type="radio"/> vrouw	Nationaliteit:
Telefoon		
Adres		
Postcode / woonplaats		
Verblijfplaats bij aanmelding		
Zorgverzekering		Nummer:
Huisarts	Naam:	
	Adres:	

Gegevens verwijzer	
Naam reclasserings- werker	
Instantie / unit	
Postadres	
Postcode / plaats- naam	
Telefoonnummer	
E-mail	

Vragen
Delictbeschrijving <u>indien relevant</u>
Strafrechtelijke titel / start- en einddatum strafrechtelijke titel / beschrijving voorwaarden

Benodigde zorgvorm (geef aan of het gaat om bijvoorbeeld ambulante behandeling, woonbegeleiding, begeleiding bij dagbesteding of RIBW en geef eventueel aan hoeveel uren per week u nodig acht)
Relevante hulpverleningsgeschiedenis
Woonsituatie (indien relevant)
Arbeid/scholing/financiële situatie (indien relevant)
Datum vanaf wanneer zorg idealiter zou starten uw inziens  / /
Handtekening akkoord cliënt voor uitwisseling van gegevens tussen de zorgaanbieder en de toezichthouder
Eventuele bijzonderheden

Datum:

Handtekening reclasseringswerker:



# Bijlage 11 De klinische indicatiestelling forensische zorg tussen aanhouding en plaatsing, volgens een officier van justitie, in schema

