

Continuïteit van en na forensische zorg: een grote zorg!

Sancties 2019/77

1. Inleiding

Continuïteit van forensische zorg is een thema dat de laatste jaren sterk in de belangstelling staat. Wanneer de strafrechtelijke titel (bijna of voorwaardelijk) afloopt is het essentieel dat er een soepele overgang is naar eventuele vervolgvoorzieningen en/of maatschappelijke re-integratie door middel van goede huisvesting, werk en sociale inbedding. Gezien de complexiteit van de forensische doelgroep is continue zorg en begeleiding na forensische behandeling vaak essentieel om terugval in delicten, (zelf)destructief, of overlast gevend gedrag te voorkomen.²

De afgelopen jaren is gebleken dat er – ondanks goede intenties – veelal sprake is van gebrekkige doorstroom en discontinuïteit in de keten. Knelpunten zijn grofweg onder te verdelen in problemen op gebied van wet- en regelgeving, problemen rondom de bekostiging en in moeilijkheden in (het organiseren van) samenwerking.³ Wanneer een (ex)forensische cliënt doorstroomt naar de maatschappelijke opvang of een beschermde woonvorm krijgt hij/zij met een veelheid aan instellingen te maken en blijkt er regelmatig onduidelijkheid te bestaan over de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Er zijn de afgelopen jaren diverse beleidsstukken en handreikingen opgeleverd en er zijn meerdere initiatieven ter verbetering van continuïteit ontplooid. Er is echter nog maar weinig bekend in hoeverre deze producten in de dagelijkse praktijk bekend zijn, daadwerkelijk worden benut en hoe effectief de initiatieven zijn. In deze programma's hebben professionals en cliënten vaak ook zelf input kunnen leveren, maar het valt op dat veel stukken vooral vanuit beleidsperspectief zijn geformuleerd. Een relevante vraag is dan ook waar professionals en cliënten in de forensische keten zelf knelpunten ervaren, of de bestaande programma's hen hierbij kunnen helpen en welke behoeften zij hebben om continuïteit in de keten te verbeteren. In opdracht van het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) onderzochten en inventariseerden wij in de periode september 2018 tot en met februari 2019 de behoeften van professionals en cliënten ten aanzien van het thema continuïteit van forensische zorg.⁴ Hiertoe inventariseerden wij wat al bekend is, zoals literatuur en beleidsstukken (desk-research). We hielden een enquête (ingevuld door 318 professionals) en organiseerden drie focusgroepen, twee met professionals en een met cliënten, met in totaal 21 deelnemers. Voor details over de uitvoering van het project verwijzen we naar het volledige rapport.

1 Dr. P. (Petra) Schaftenaar is docent, onderzoeker en projectmanager in de forensische ggz en heeft haar eigen bedrijf, Metis Zorg. Dr. V. (Vivienne) de Vogel is lector Werken in Justitieel Kader bij de Hogeschool Utrecht en onderzoeker bij De Forensische Zorgspecialisten. M. (Maartje) Clercx MSc. is junior onderzoeker bij De Rooyse Wissel.

2 Zie o.a.: K. Drieschner, J. Hill, J. & G. Weijters. *Recidive na tbs, ISD en overige forensische zorg*. Cahier 2018-22. Den Haag, WODC, Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2018; C. James, G.J.J.M. Stams, J.J. Asscher, A.K. de Roo & P.H. van der Laan, 'Aftercare programs for reducing recidivism among juvenile and young adult offenders: A Meta-Analytic Review', *Clinical Psychology Review* 2013 (33), p. 263-274. Doi:10.1016/j.cpr.2012.10.013; P. Schaftenaar, I. van Outhesden, G.J. Stams & A. Baart. 'Relational caring and contact after treatment. An evaluation study on criminal recidivism', *International Journal of Law & Psychiatry*, (2018) 60, pp. 45-50. Doi:10.1016/j.ijlp.2018.07.011.

3 V. de Vogel, 'Continuïteit in de justitiële keten: Over knellende kaders, koudwatervrees en witte raven', in: J. Bosker, V. de Vogel & L. Bitter, *Professionele Ankers*, Utrecht, Hogeschool Utrecht, 2018.

4 V. de Vogel, P. Schaftenaar & M. Clercx. *Mind the gap. Continuïteit in de forensische zorgketen*. Utrecht, KFZ, 2019. Verkrijgbaar via www.kfz.nl.

In dit artikel beschrijven we de uitkomsten en conclusies van dit onderzoek voor het forensische veld en de tenuitvoerlegging van sancties. Daarna verbinden wij deze uitkomsten met de actualiteit.

2. Continuïteit van zorg: ontwikkelde initiatieven en beleid

Het thema continuïteit van zorg kan op grote belangstelling rekenen, zo blijkt uit de uitgevoerde deskresearch. Er zijn ontzettend veel documenten, rapporten en beleidsnotities over geschreven, vaak in opdracht van de overheid. Voor een concreet overzicht verwijzen wij u naar het onderzoeksrapport.⁵ De belangrijkste initiatieven hebben plaatsgevonden vanuit het programma 'Continuïteit van Zorg' dat liep van 1 januari 2016 tot 1 juli 2017. Een andere belangrijke leverancier van beleid omtrent continuïteit van zorg is het programma 'Personen met Verward Gedrag'. Deze programma's werkten met elkaar samen omdat er sprake is van overlap in doelgroepen. Vanuit deze programma's is een grote hoeveelheid informatie en initiatieven opgeleverd, waarin beleid is geformuleerd, onderzoek is gedaan of die kunnen dienen als scholingsbron. De programma's zelf vermelden niet in hoeverre de producten geïmplementeerd zijn. Onduidelijk is of dit is onderzocht. Het blijkt echter dat dit tot weinig concrete wijzigingen in de praktijk heeft geleid: veranderingen zijn beperkt en hebben hooguit een lokale of regionale reikwijdte. Er is een veelheid aan (gesubsidieerde) initiatieven (bijvoorbeeld via het programma Koers en Kansen), waarbij opvalt dat er weinig (openbare) gestructureerde en/of wetenschappelijke evaluaties zijn of voornemens hiertoe. Er gaat veel geld naar verschillende initiatieven, maar naar de werking lijkt veel minder aandacht uit te gaan. Alhoewel veel energie wordt geïnvesteerd in bekendmaking en verspreiding van deze initiatieven, blijft het overdragen van kennis op deze manier een ingewikkeld probleem.

3. Bekendheid, knelpunten en behoeften professionals

Een enquête en twee focusgroepbijeenkomsten met professionals zijn uitgevoerd om zicht te krijgen op de knelpunten op gebied van continuïteit van zorg en de behoeften die de professionals hebben. De enquête is verspreid via diverse Nederlandse kanalen, waaronder de website van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, het platform voor professionals in de forensische zorg 'KNAPP', de LinkedIn pagina's van alle auteurs en de intranet pagina's van de instellingen in de projectgroep. Hoeveel mensen de oproep hebben gezien is niet te bepalen. De oproep heeft ertoe geleid dat 492 personen de enquête hebben gestart. Hiervan hebben 318 personen de enquête volledig ingevuld. Alleen volledige responses zijn in de analyse meegenomen. De beoogde respons was 150 personen. De diversiteit van de beroepen en instellingen lijken een goede vertegenwoordiging van het professionele werkveld. Van de 318 respondenten die de enquête volledig invulden, werkte de helft in de klinische zorg. Ongeveer twee derde was vrouw en gemiddeld hadden de respondenten 10 jaar ervaring in de forensische zorg (range: 0-40). Ruim 30% van de respondenten werkte als groepsleider/verpleegkundige. Ruim 23% was gespecialiseerd psycholoog, psychiater en/of regiebehandelaar en 11% van de deelnemers had een functie als toezichthouder en/of bij de reclassering. De vijftien deelnemers aan de focusgroep werken zowel klinisch als ambulant en in functies variërend van begeleider, tot regiebehandelaar, uitstroomcoördinator en werkzaam bij het OM.

⁵ Ibid., p. 8-13 en 42-44.

3.1 *Bekendheid met programma's en producten*

Slechts een kwart van de respondenten is bekend met bestaande programma's en producten en het feitelijk benutten ervan ligt met 4% nog veel lager.

Het bekendst zijn deelnemers met de Wet Forensische Zorg (WFZ). Echter, slechts 7% van de respondenten geeft aan dat de WFZ bij hen volledig is ingebed, terwijl op het moment van het onderzoek de WFZ op onderdelen al gold. Het is mogelijk dat deze cijfers een onderschatting zijn, mogelijk zijn werkwijzen ingebed in hun praktijk maar weten de respondenten niet dat dit voortkomt uit een van de programma's. Dit is door de auteurs getracht te voorkomen door behalve de naam van het programma ook voorbeelden van werkwijze(n) te noemen. Ook het programma 'Personen met Verward Gedrag' was relatief bekend: 51% van de respondenten kende dit programma. Dit in tegenstelling tot het programma 'Continuïteit van Zorg', dat specifiek gericht was op de forensische zorg. Slechts 14% van de respondenten gaf aan dit programma te kennen en 2% van de respondenten gaf aan dat er in hun instelling mee gewerkt werd. Ondanks de goede intenties en hoge investeringen die in deze programma's worden gedaan, bereiken ze de werkvloer dus nauwelijks.

3.2 *Frequentie en prioritering problemen continuïteit van zorg*

Een overgrote meerderheid ervaart regelmatig (ruim 42%) tot vaak (ruim 37%) problemen rondom continuïteit van zorg in de forensische keten. Een aantal respondenten (6%) geeft zelfs aan altijd problemen te ervaren rondom continuïteit van zorg. Slechts één tiende van de respondenten zegt soms of nooit problemen te ervaren rondom dit thema. Voor een aantal doelgroepen is het verwezenlijken van continuïteit van zorg nog lastiger. Hier worden zedendelinquenten, mensen met een licht verstandelijke beperking en vrouwen specifiek genoemd. Respondenten geven bijvoorbeeld aan dat de stigmatisering van zedendelinquenten leidt tot het toekennen van een onnodig hoog risicoprofiel, waardoor beperkingen te lang plaatsvinden en het vinden van een vervolgvoorziening problematisch is.

Vervolgens is gevraagd om knelpunten, tot stand gekomen op basis van eerder onderzoek⁶ en de deskresearch, te prioriteren. Volgens de professionals zijn de drie belangrijkste knelpunten: 1) het aantal beschikbare plaatsen voor doorstroom van klinische forensische zorg naar ambulante forensische zorg of reguliere GGZ; 2) samenwerking tussen forensische en reguliere zorg; 3) beperkt aantal plaatsen voor langdurige zorg/longstay. In focusgroep besprekingen zijn deze punten verdiept en konden vijf probleemgebieden onderscheiden worden: 1) fragmentatie van de zorg (schotten); 2) problematische doorstroom complex doelgroep; 3) samenwerking; 4) scholing; 5) continuïteit van informatie/risicomanagement.

3.3 *Betekenis voor de praktijk: professionals aan het woord*

Uit de focusgroep bijeenkomsten komt naar voren dat de fragmentatie in de zorg een aantal kernproblemen met zich meebrengt. Een van de problemen is dat er te veel hulpverleners met de cliënt werken en/of er daarbij geen sprake is regievoering door één partij. Een ander probleem is dat professionals in instellingen ervaren steeds op eigen kracht een vervolgvoorziening te moeten vinden voor hun cliënt (met daarbij een aanhoudend proces van aanmelden, intakes, afwijzingen, en opnieuw starten van dit proces op een volgende plek). Ook worden uitstroomtrajecten vaak te laat gestart en moet er de laatste tijd voor uitstroom nog van alles worden geregeld, of zit hier zelfs vertraging in (bijvoorbeeld een uitkering die laat wordt aangevraagd waardoor een cliënt wekenlang geen inkomen heeft).

6 Andersson Elffers Felix, 2017. *Onderzoek naar de beletselen in de continuïteit van zorg voor mensen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die geen juridische titel (meer) hebben*. Geraadpleegd via: www.continuiteit-vanzorg.nl

Vanaf het begin zou het traject in de keten doordacht moeten worden en niet, zoals professionals vaak ervaren, vlak voor afloop van de forensische titel. De schotten tussen de organisaties en het gevolg hiervan, dat 'ieder voor zich werkt' is een grote bron van zorg. Het 'hokjes denken', de 'oogkleppen', de 'schotten', 'de eilandjes': de professionals zijn ze graag zo snel mogelijk kwijt.

De doorstroom van deze complexe doelgroep (waaronder meerdere diagnoses, agressieproblematiek, lichte verstandelijke beperking en zedenproblematiek) naar vormen van minder beveiligde zorg wordt als problematisch ervaren. Naast dat de overgang voor cliënten te groot is, wordt ook ervaren dat medewerkers onvoldoende toegerust zijn om deze cliënten te begeleiden, omdat ze onvoldoende bekend zijn met de doelgroep, of eerder negatieve ervaringen hebben gehad. De professionals in de praktijk hebben concrete suggesties hoe dit te verbeteren. Meer voorzieningen (en mogelijkheden in wetgeving) hebben die het grote verschil tussen detentie en RIBW geleidelijk overbruggen (met controlemogelijkheden en in beperking van vrijheden), forensische expertise in het niet-forensische veld vergroten, meer mogelijkheden voor terugplaatsing, warme overdracht (geen dossier 'over de schutting') en elkaar leren kennen: samenwerken en leren van elkaar. Daarnaast ervaren professionals dat (soms om hen moverende redenen) te laat gestart wordt met de organisatie van de door- of uitstroom, waardoor de continuïteit van zorg in het gedrang komt.

Een van de voorwaarden om tot samenwerking te komen is dat dit bestuurlijk geregeld wordt (middels convenanten) en dat er tijd (lees: geld) voor is. Maar dat is lang niet voldoende, vertelt een van de deelnemers beeldend: "Dan kom ik concreet op de werkvloer met een TBS-gestelde met zedendelicten en dan zegt iedereen 'ja hallo, daar heb ik niet voor gekozen om mee te werken, die willen wij niet'. Dan krijg je crisis in het team, gedoe, wij allemaal uitleggen waarom het wel kan, zij allemaal roepen waarom het niet kan, je bent zo een half jaar tot een jaar verder en er komt niets van de grond."

Scholing is een vierde punt waarbij men aangeeft dat men soms gebreken ervaart. Een goede voorbereiding op het forensische werk is essentieel en kan er voor zorgen dat er meer stabiliteit komt. Het personeelsverloop is (ook) in deze sector erg hoog; mede vanwege negatieve ervaringen, zoals betrokken raken in een incident. Maar ook in de wijkteams (waar het werk soms vele malen moeilijker is dan in een TBS-kliniek waar alles geregeld is, aldus een van de deelnemers die zelf in een Forensisch Psychiatrisch Centrum werkt) moeten experts scholing verzorgen of komen werken, om te zorgen dat de toestand van cliënten niet verslechtert waardoor ingrijpende zorg nodig is. Er moet kennis uit de forensische zorg 'naar buiten' om te zorgen dat cliënten stabiel blijven en niet terug hoeven naar forensische zorg of er überhaupt niet aankomen (preventief werken).

Een gevolg van de schotten en de problemen in de samenwerking levert de deelnemers een grote zorg op bij het doorplaatsen van cliënten: de continuering van de zorg(informatie). De informatie moet goed overgedragen worden en bewaard/toegankelijk/buikbaar blijven in de vervolginstelling, zodat het risicomanagement op orde blijft. Die kwaliteit van informatie laat te wensen over: "Overdrachten zijn echt heel slecht. Of je krijgt ze niet, of je hebt er niets aan", zegt een van de deelnemers. Een ultieme remedie is dreigen met het niet opnemen van de cliënt. Dat helpt, maar zo zou het niet horen te gaan. De nieuwe privacywet baart ook grote zorgen: deze maakt overdracht echt onmogelijk, aldus een van de deelnemers. Dit dwingt mensen tot creatief zijn binnen de wetgeving. Maar het is voor velen ook nog onduidelijk wat er allemaal wel en niet mag.

3.4 *Behoeften van professionals*

Professionals hebben vooral behoefte aan betere samenwerking tussen organisaties. Bijna 70% van de ondervraagden markeert dit punt als 'zeer nodig' (en geen enkele professional

vindt dit niet nodig). Omdat de hypothese bestond dat met name verbeteringen in samenwerking een belangrijke behoefte zou zijn, is dit aspect verder uitgevraagd. Hieruit blijkt dat de grootse behoefte is (ruim 67%) dat er meer samenwerking komt tussen verschillende partijen in de zorgketen. De behoefte aan verbetering van overige aspecten van samenwerking is ook duidelijk aanwezig. De minst sterke behoefte is een betere facilitering van samenwerking door management, maar deze behoefte wordt nog steeds door meer dan een kwart (27%) van de respondenten aangegeven. Daarnaast blijft er behoefte aan meer forensische en beveiligde voorzieningen. Het minst behoefte is er aan nieuw instrumentarium, zoals vragenlijsten en risicotaxatie-instrumenten. Alhoewel 22% van de respondenten dit nodig vindt, geeft 33% aan hier geen behoefte aan te hebben.

4. Continuïteit van zorg vanuit het perspectief van cliënten

Uit de focusgroep met cliënten blijkt dat zij aangaande het thema 'overdracht van informatie' op onderdelen iets heel anders ervaren dan de professionals. Er wordt aangegeven dat bij een overplaatsing alle dossiergegevens van eerdere plaatsingen wel mee worden gegeven, maar dat de cliënten niet ervaren dat hier gebruik van wordt gemaakt. Ze hebben het gevoel dat zij telkens opnieuw moeten beginnen met het behandelprogramma. Het nieuwe behandelteam zou volgens cliënten meer moeten bouwen op bestaande kennis. Cliënten ervaren ook problemen met de praktische zaken van overplaatsingen. Steeds nieuwe medebewoners, lang (tot wel drie maanden!) wachten op persoonlijke eigendommen en het feit dat de regels over het omgaan met overplaatsingen overal anders zijn.

Cliënten geven aan dat ze niet altijd hebben begrepen waarom ze in een bepaalde instelling waren geplaatst. Ze vinden de instelling waar ze terecht komen niet altijd passend bij hun behoeften. Daarnaast wordt wel aangegeven dat enige doorstroom toch wel gewenst is en te lang op dezelfde afdeling blijven ook niet (altijd) passend is. Naarmate de tijd vordert ontstaat er een symbiose tussen behandelteam en cliënt, waardoor verandering ook wellicht geen ruimte krijgt of minder zichtbaar is, doordat objectiviteit niet meer geheel mogelijk is. Tot slot geven cliënten aan dat bij het proces van resocialisatie en de continuïteit van zorg die ze daarbij nodig hebben, onvermijdelijke moeilijkheden komen. Zo delen cliënten de ervaring dat ze 'pas zorg kregen' toen ze vertelden dat ze TBS hadden gehad. Zonder deze informatie was de zorgvraag 'niet ernstig genoeg'. De communicatie met derden over hun verleden wordt in andere situaties juist weer als lastig ervaren. Cliënten geven hierbij aan door personeel van forensische zorginstellingen altijd te worden geadviseerd om openheid te geven. Echter, door externe werkgevers wordt vervolgens aangegeven dat de (ex-)cliënt dit beter niet tegen collega's kan vertellen. Ook vinden (ex-)forensische cliënten het lastig om over hun verleden te communiceren met anderen in de samenleving, bijvoorbeeld buuren of verenigingsgenoten. Daarnaast ervaren zij een ander knelpunt rondom continuïteit: ze ervaren dat ze geen fouten mogen maken. Er wordt cliënten verteld dat dit mag: "je bent hier om te leren", maar als het gebeurt ervaren cliënten dat ze gestraft worden (en het dus gevolgen heeft voor hun traject). Wat hen helpt is menselijkheid, als mens gezien en behandeld worden. Duidelijkheid over regels en uitgangspunten wordt als belangrijk ervaren door cliënten, maar alle cliënten vinden dat menselijkheid en enige speling in de regels als je openheid toont gewenst is. Cliënten ervaren bij positieve ervaringen een luisterend oor en duidelijke communicatie. Dit vinden zij belangrijk. Daarbij is tijdige en open communicatie belangrijk voor hen: uitleg waarom het traject loopt zoals het loopt, ook al is het slecht nieuws.

5. Discussie, conclusie en aanbevelingen

Discussie

De knelpunten die de professionals ervaren en de zorgen die zij hebben in hun dagelijkse werk op gebied van continuïteit van zorg, komen overeen met de recente bevindingen van de inspecties en de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV). Deze raad concludeert in het rapport *Veiligheid van mensen met een psychiatrische aandoening en hun omgeving* onder andere: “Een adequate aansluiting van zorg en ondersteuning op de hulpbehoefte van de patiënt is daarom van groot belang. Uit het onderzoek blijkt dat de benodigde zorg voor mensen met een EPA niet altijd tot stand komt”.⁷ Oorzaken hiervan zijn, aldus de raad, onder andere problemen met wet- en regelgeving, financieringsstromen, wachttijden, het onvoldoende zicht hebben op veiligheidsrisico's, versnippering van informatie, de (interpretatie van het) medisch beroepsgeheim en het gebrek aan ervaren professionele ruimte van zorg- en hulpverleners. Het rapport *Forensische zorg en veiligheid* van dezelfde OVV naar aanleiding van de casus Michael P., concludeert onder andere dat er sprake is van een risicovolle overgang tussen de penitentiaire inrichting en de forensische zorginstelling, waarbij gebrek aan informatie-uitwisseling een belangrijk probleem is.⁸ Een ander recent voorbeeld aangaande gebrek aan continuïteit van zorg speelde in 2018: de Zeeuwse ggz-instelling Emergis de luidde de noodklok omdat medewerkers getraumatiseerd thuis zaten door geweldsincidenten. Voor de betreffende cliënten was geen uitzicht op passende (gespecialiseerde forensische) zorg. De NOS meldt in een nieuwsbericht: “Het ministerie van Volksgezondheid, de zorgverzekeraar en de inspectie kennen het probleem, maar weten vooralsnog geen oplossing te vinden”.⁹ Al deze voorbeelden laten zien dat continuïteit van zorg van groot belang is, voor zowel cliënten, hun naasten en de professionals als voor de samenleving.

In de huidige praktijk weigeren instellingen soms cliënten op te nemen omdat ze onvoldoende dossierinformatie krijgen. De ervaring is namelijk dat als de cliënt eenmaal geplaatst is, die informatie nooit meer verstrekt wordt. Dit soort situaties kan voorkomen worden door intensievere samenwerking en gezamenlijk verantwoordelijkheidsgevoel. Dat vergt dus inzet van alle betrokkenen, die in de praktijk zeker welwillend zijn, maar het blijft lastig te realiseren, mede omdat er geen gezamenlijke taal en uitgangspunten zijn over bijvoorbeeld gegevensuitwisseling. De problemen rondom de knip in financiering (bij afloop forensische titel is er geen forensische financiering meer en indicering en betaling uit een ander stelsel is niet op voorhand gegarandeerd) maakt dat er een bedrijfskundige reden is waarom instellingen hun cliënten ‘op tijd’ doorgeplaatst willen hebben. Die druk voelt voor de ontvangende partij als het spreekwoordelijke ‘over de schutting’, want als het niet goed gaat met de cliënt, kan deze veelal niet heropgenomen worden in de forensische instelling. In het OVV rapport *Forensische zorg en veiligheid* wordt dit punt met twee aanbevelingen omschreven.¹⁰ Ten eerste het in lijn brengen van de verantwoordelijkheden met het gemeenschappelijk doel en ten tweede het verbeteren van de informatievoorziening. De versnippering (als gevolg van financiering, wetgeving, regels en protocollen en verantwoordelijkheden) in het (forensische) zorglandschap zou nog meer tegengegaan moeten

7 Onderzoeksraad voor Veiligheid (2019). *Zorg voor veiligheid. Veiligheid van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun omgeving*, Den Haag, 2019, p. 113. Verkrijgbaar via: www.onderzoeksraad.nl.

8 Onderzoeksraad voor Veiligheid. *Forensische zorg en veiligheid. Lessen uit de casus Michael P.*, Den Haag, 2019. Verkrijgbaar via: www.onderzoeksraad.nl

9 Zie: www.nos.nl/artikel/2242719-zeeuwse-ggz-luidt-noodklok-over-gevaarlijke-patienten.html.

10 Onderzoeksraad voor Veiligheid. *Forensische zorg en veiligheid. Lessen uit de casus Michael P.*, Den Haag, 2019, p. 89-90.

worden. Het is deze fragmentatie die het (samen)werken in de forensische zorg en die het leven van cliënten onnodig bemoeilijkt.

Conclusie en aanbevelingen

Uit ons onderzoek is gebleken dat het onderwerp continuïteit van zorg sterk leeft onder forensische zorgprofessionals. Daarnaast komt naar voren dat (beleids)programma's de werkvloer slecht lijken te bereiken. Als het gaat om het oplossen van problemen rondom continuïteit van zorg, heeft het verbeteren van de samenwerking tussen instellingen naar de mening van de professionals, topprioriteit. Aan nieuwe instrumenten is geen behoefte. Wel aan meer scholing, zowel voordat professionals starten in de praktijk, als tijdens het werk. Het oplossen van de wettelijke en financiële belemmeringen is onverminderd urgent. Behoeften die veel worden genoemd zijn uitbreiding van het aantal beschikbare plaatsen, het vergoeden van intakes en het oplossen van ervaren knelpunten rondom informatiedeling (in het kader van de privacywet). Tot slot geven zowel professionals als cliënten aan dat op tijd begonnen moet worden met het plannen van door- of uitstroom.

Voor het verbeteren van de continuïteit van zorg dragen wij in ons onderzoek mogelijke oplossingsrichtingen aan. Het helpt niet een, in de ogen van de professionals, 'zoveelste' richtlijn gegevensuitwisseling op een website te plaatsen. Die staat er al en de problemen van gegevensuitwisseling, privacy en beroepsgeheim zijn daarmee niet opgelost. Het is daarentegen zaak dat intensievere samenwerking, waarbij een gezamenlijk verantwoordelijkheidsgevoel en 'dezelfde taal spreken' essentieel zijn om continuering van zorg te waarborgen. Het intensiever en op persoonlijker niveau samenwerken tussen instellingen, het doen van gezamenlijk onderzoek en vooral door te leren van elkaar en blokkades op te heffen, zou een manier kunnen zijn om de samenwerking te verbeteren. Dat is in de huidige bekostigingssystematiek niet eenvoudig: als de professional 85% van zijn tijd moet kunnen declareren in individuele diagnose-behandelcombinaties, wordt het investeren in samenwerking feitelijk onmogelijk gemaakt, hoe graag we het ook anders zouden willen.

Door aan het begin van een behandeling te gaan werken met een vorm van discharge planning (een gestructureerde werkwijze waarin alle zaken met betrekking tot het ontslag op tijd verwezenlijkt worden) is er voldoende tijd voor een goede overdracht en kennismaking met nieuwe professionals. Hierbij hoort ook (het borgen van) het begeleiden van en communiceren met cliënten tijdens het traject.