



Nederlandse
Zorgautoriteit

Monitor

Continuïteit van forensische zorg



oktober 2017

Inhoud



Samenvatting



Inleiding



Instroom: patiëntkenmerken en
zorgtypen



Instroom: wachttijden en inkoop



Doorstroom van patiënten in de
forensische zorg



Uitstroom



Toegelicht





Samenvatting

1

Continuïteit van zorg is een belangrijk onderwerp in de forensische zorg. Door de verschillende domeinen en zorgvormen waarmee een patiënt in de forensische zorg te maken krijgt, is het van belang dat de continuïteit van zorg geborgd is. Continuïteit van zorg is passende en tijdige zorg die aansluit bij de behoefte van de patiënt en het benodigde beveiligingsniveau ongeacht in welk domein de patiënt de zorg ontvangt. Een passende en tijdige behandeling is beter voor de gezondheid van de patiënt, de behandelduur, de kosten, het voorkomen van recidive en maatschappelijke overlast.

2

3

4

5



De NZa deed aanvullend op bestaande rapporten een verkennend onderzoek naar de continuïteit van zorg. Hierbij keken we naar de zorg die een patiënt ontvangt voorafgaand aan, tijdens en na afloop van de strafrechtelijke titel. In dit rapport hanteren we een brede definitie van forensische zorg. Hieronder valt forensische zorg met een strafrechtelijke titel en zorg met een forensisch karakter maar zonder een strafrechtelijke titel.

Instroom

Van de patiënten die in de forensische zorg instromen heeft zo'n 60% een geschiedenis in de ggz. De meeste patiënten hebben tot 3 jaar voor instroom gespecialiseerde ggz ontvangen. Van de patiënten die instromen in de forensische zorg komt het grootste deel in de ambulante overige forensische zorg voor behandeling, dagbesteding of begeleiding terecht. Deze groep patiënten heeft vaak een voorwaardelijke veroordeling. De meest voorkomende diagnose in deze groep patiënten is een stoornis in de impulsbeheersing.

De instroom in de ambulante overige forensische zorg voor behandeling neemt toe. Dit is het gevolg van het beleid om zorg waar mogelijk ambulant en laag beveiligd te laten plaatsvinden. Uit de cijfers blijkt dat de wachttijden (van aanmelding tot behandeling) in de ambulante behandelzorg toenemen vanaf 2013. In 2015 lag de totale wachttijd op zo'n 13 weken. Hiermee komt de toegankelijkheid van zorg in het geding. Cijfers laten zien dat in de ambulante overige forensische zorg minder zorg geleverd wordt dan dat er wordt ingekocht. Deze ruimte kan nog benut worden, wat kan helpen om de wachttijden terug te dringen. De NZa verwacht van de Dienst Justitiële inrichtingen (DJI, onderdeel van het ministerie van Veiligheid en Justitie) dat er inzicht



*

1

komt in de oorzaken van de wachttijden en maatregelen genomen worden om deze terug te dringen. De laatste jaren neemt het aantal tbs-ers af. De inkoop van de tbs-zorg volgt deze trend. De wachttijden in de tbs-zorg liggen gemiddeld op de interne streefnorm van 42 dagen. Deze wachttijden zijn in de afgelopen jaren gedaald.

2

3

Per strafrechtelijke titel is er een interne streefnorm voor de wachttijden. Voor de meest voorkomende strafrechtelijke titel (voorwaardelijke veroordeling) liggen de wachttijden boven de interne streefnorm. Daarnaast concluderen we dat er geen relatie tussen de strafrechtelijke titel en de zorgbehoefte van de patiënt is. De NZa adviseert DJI daarom om de normen van de wachttijden voor de overige forensische (behandel)zorg te herzien in het beleidskader Plaatsing. Door de normen van de wachttijden anders op te stellen en beter te laten aansluiten op de zorgbehoefte van de patiënt kan de wachttijdinformatie beter benut worden als sturingsinformatie door de zorginkoper. Ook zorgaanbieders kunnen deze informatie gebruiken in hun bedrijfsvoering. Daarnaast ontbreekt informatie over wachttijden bij de forensische begeleidingszorg. Om inzicht te kunnen verkrijgen in de tijdigheid van deze zorg, moet informatie beschikbaar komen. Bij de aanpassing van het beleidskader Plaatsing is het van belang dat de nieuwe normen voor wachttijden gedragen worden door het veld.

4

5



Doorstroom

Er is te weinig informatie om uitspraken te doen over de doorstroom binnen de forensische zorg. Uit de cijfers die wel beschikbaar zijn, blijkt dat 15% van de patiënten die forensische zorg heeft gehad doorstroomt naar een andere vorm van forensische zorg met of zonder titel. De zorginkoper Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen maakt bij de inkoop van zorg afspraken met instellingen om de continuïteit van zorg te bevorderen. Ook de doorstroom van patiënten naar minder beveiligde of minder intensieve vormen van zorg is een speerpunt. We adviseren het ministerie van Veiligheid en Justitie om inzicht te verkrijgen of beleidsdoelstellingen met betrekking tot die doorstroom behaald worden. Daar zijn nu geen data voor beschikbaar.

Er lijkt een toenemende behoefte aan beveiligde zorg te zijn. Dit is (verplichte) zorg voor mensen die geen strafrechtelijke titel hebben, maar wel extra beveiliging en/of forensische expertise nodig hebben. Over deze beveiligde ggz zijn maar beperkt cijfers beschikbaar. Aanbieders ervaren knelpunten bij de bekostiging van deze zorg, zoals een grote administratieve lastendruk. De NZa gaat met partijen in gesprek over een oplossing.





1

2

3

4

5



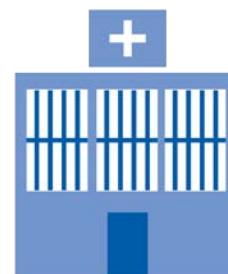
Uitstroom

Na uitstroom uit de forensische zorg lijkt er een structurele behoefte te zijn aan zorg in de reguliere ggz. Iets meer dan de helft van de patiënten zien we binnen 3 jaar na hun behandeling in de forensische zorg weer terug in de reguliere ggz. Het percentage patiënten dat nog vervolgzorg nodig heeft wordt door behandelaars hoger ingeschat dan het percentage dat daadwerkelijk terug te zien is in de reguliere ggz. Er moet meer zicht en regie door ketenpartijen komen op de uitstroom om ervoor te zorgen dat patiënten de vervolgzorg krijgen die ze nodig hebben. Dit is belangrijk om terugval te voorkomen.

Daarnaast constateren we dat patiënten die uit de forensische zorg stromen iets langer moeten wachten op een plek in de reguliere ggz dan de overige patiënten die ggz nodig hebben. Samenwerking in de keten moet beter om de continuïteit van zorg voor deze patiënten te bevorderen en door- en uitstroom te verbeteren. Daarnaast hebben zorgverzekeraars en zorgkantoren een zorgplicht en zij moeten ervoor zorgen dat patiënten tijdig zorg ontvangen. De NZa voert op dit moment een actieplan uit om samen met partijen de wachttijden in de ggz terug te dringen. De effecten van de inspanningen van partijen zouden ook effect moeten hebben op de wachttijden voor deze groep patiënten. Ook werken de ministeries VenJ en VWS samen met GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en

Vereniging Nederlandse Gemeenten om de aanbevelingen op te volgen vanuit het [programma Continuïteit van zorg](#).

De NZa gaat de conclusies en aanbevelingen uit deze monitor en de periodieke monitoring hiervan op bestuurlijk niveau met het ministerie van VenJ bespreken.





1. Inleiding

Forensische zorg moet bij de zorgbehoefte van de patiënt passen, moet kwalitatief goed zijn en moet garanderen dat patiënten niet onnodig lang moeten wachten op de start van de behandeling of op een plek in een passende woonvoorziening.

Het is belangrijk dat patiënten met strafrechtelijke titel snel kunnen instromen in de forensische zorg en uitstromen naar bijvoorbeeld andere vormen van zorg zoals de reguliere ggz of gehandicaptenzorg. Ook is het essentieel dat patiënten binnen de forensische zorg kunnen doorstromen van zwaardere naar lichtere zorg of andersom. Dit verloopt niet altijd soepel, met name bij de overgang van de forensische zorg naar zorg vanuit een ander domein, zoals de Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz) of Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Dit kan gevolgen hebben voor de gezondheid van patiënten, de behandelduur en kosten en uiteindelijk de veiligheid van de maatschappij bij terugval en recidive.

Eerder dit jaar heeft de NZa de [marktscan Forensische zorg](#) gepubliceerd. Hierin staan de onderwerpen zorgaanbod, uitgaven, kwaliteit en innovatie. In deze monitor gaan we dieper in op het thema continuïteit van forensische zorg (fz). De NZa monitort de continuïteit van zorg omdat er vanuit

het veld en de politiek veel aandacht is voor dit thema. Dit is een verkennende monitor waarmee we meer inzicht krijgen in de problematiek en aanbevelingen kunnen doen. Deze monitor geeft inzicht in de patiëntenstromen binnen de forensische zorg en naar de ggz. Daarnaast geeft de monitor weer waar knelpunten zitten in de continuïteit van de zorg. Dit onderzoeken we door de instroom naar forensische zorg, de doorstroom naar een andere vorm van forensische zorg en de uitstroom in kaart te brengen. We hebben gegevens van de forensische zorg en ggz en koppelen deze aan elkaar, zodat we een breed beeld van de patiëntenstromen kunnen schetsen en nieuwe inzichten kunnen bieden over de continuïteit van zorg. Daarmee vormt deze monitor een aanvulling op de onderzoeken die er al liggen.

Continuïteit van zorg in vogelvlucht

In deze monitor hanteren we een brede definitie van forensische zorg. Hieronder valt zowel de forensische zorg met een strafrechtelijke titel als de zorg met een forensisch karakter (zonder strafrechtelijke titel) of de beveiligde zorg. Forensische zorg met strafrechtelijke titel is zorg die de rechter oplegt aan delictplegers met een psychiatrische stoornis/verstandelijke beperking. Zorg met forensisch karakter of beveiligde zorg (zonder strafrechtelijke titel) is geestelijke gezondheidszorg en/of verstandelijk gehandicaptenzorg voor mensen die zorg met beveiliging en forensische expertise nodig hebben. De patiënt heeft geen



*

1

strafrechtelijke titel. Vaak is er wel sprake van een verplichte opname via de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). Het doel van forensische zorg met strafrechtelijke titel is dat patiënten na hun behandeling geen strafbare feiten meer zullen plegen en/of normaal kunnen functioneren in de maatschappij.

2

Het onderscheid tussen deze vormen van forensische zorg bepaalt wie verantwoordelijk is voor welke zorg. De forensische zorg met strafrechtelijke titel valt onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ). De zorg met forensisch karakter valt onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Verderop lichten we de verantwoordelijkheden toe.

3

4

5

De monitor bestaat uit verschillende onderdelen: de patiëntkenmerken, instroom, doorstroom en uitstroom. In de figuur hiernaast is dit geschetst.



Figuur 1. Schema continuïteit van zorg



Bron: NZa

Verantwoordelijkheden partijen

Forensische zorg kan onderdeel zijn van een langduriger zorgtraject in de geestelijke gezondheidszorg- en/of verstandelijk gehandicaptenzorg. Behandeling of begeleiding kan ook voor of na de strafrechtelijke forensische zorg worden geboden vanuit de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg of de Wet maatschappelijke ondersteuning. Patiënten in de forensische zorg krijgen daardoor te maken met verschillende stelsels, waarin verschillende partijen verschillende verantwoordelijkheden hebben. Zie ook de [marktscan Forensische zorg 2016](#).



*

1

Zorgaanbieders

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor kwalitatief goede forensische zorg (behandeling en/of begeleiding), (langdurige) ggz of gehandicaptenzorg. Veel zorgaanbieders leveren zowel forensische zorg met strafrechtelijke titel als zorg zonder strafrechtelijke titel.

2

Zorgverzekeraars Zvw en zorgkantoren Wlz

Zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor tijdige en kwalitatief goede zorg in natura (recht op zorg) of via restitutie (recht op vergoeding) voor hun verzekerden. Dit is hun zorgplicht, die ze invullen met onder andere voldoende inkoop van (langdurige) ggz-zorg en forensische zorg zonder strafrechtelijke titel (beveiligde ggz).

4

Ministerie van Veiligheid en Justitie

Het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) is verantwoordelijk voor en neemt beslissingen over het stelsel van de forensische zorg met strafrechtelijke titel. Dit ministerie bewaakt het budget en de kwaliteit van deze zorg.

5

Divisie Forensische zorg/Justitiële Jeugdinrichtingen

De Divisie Forensische Zorg/Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZo/JJI), onderdeel van het ministerie van VenJ, koopt de forensische zorg met strafrechtelijke titel in. Deze zorginkoper schat in hoeveel en welk soort fz nodig is voor

het volgende jaar en welke organisaties en instellingen die zorg kunnen bieden. ForZo/JJI is de enige inkoper voor forensische zorg met strafrechtelijke titel en sluit contracten af met de zorgaanbieders. Daarin staan afspraken over welke zorg er het komende jaar wordt geleverd en tegen welk tarief. Ook kunnen in het contract afspraken staan over de kwaliteit en de doelmatigheid van de forensische zorg met strafrechtelijke titel. ForZo/JJI heeft een zorgplicht.

NZa

In de Zvw, Wlz en fz met strafrechtelijke titel ziet de NZa toe op de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg vanuit het belang van de burger. Dit doen we door prestaties en tarieven vast te stellen en toezicht te houden op verzekeraars en zorgaanbieders. Bij continuïteit van zorg is het toezicht op de zorgplicht van verzekeraars in de Zvw, Wlz en fz onder andere relevant. Als het belang van de burger in het geding is, treedt de NZa handhavend op. Alleen in de fz heeft de NZa nog geen handhavende bevoegdheden. In de toekomst zullen de bevoegdheden van de NZa in de forensische zorg met strafrechtelijke titel verder uitgebreid worden op het gebied van handhaving. Hiervoor is een wijziging van de Wmg en het wetsvoorstel van de Wet forensische zorg (Wfz) in voorbereiding. De Wfz vervangt het Interimbesluit. Naar verwachting wordt deze wet in 2019 van kracht.





Partijen bezig met continuïteit van zorg

Continuïteit van zorg is een belangrijk onderwerp bij verschillende partijen. Na verschillende onderzoeken/rapporten is in 2015 een programma Continuïteit van zorg gestart om de overgang van de fz naar de reguliere ggz en verstandelijk gehandicaptenzorg te verbeteren. De opdrachtgevers van het programma zijn de ministeries van VWS en VenJ, GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en Vereniging Nederlandse Gemeenten. Het programma heeft onder andere het volgende opgeleverd:

- een handreiking regionaal overleg;
- een document bekostiging en regelgeving stelseloverstijgende zorg;
- en rapport over beletselen in continuïteit van zorg voor mensen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag opgeleverd, zie [kamerbrief van 14 juni 2017](#).

Het programma is geëindigd op 1 juli 2017. Voor een periode van drie jaar na afloop van het programma hebben de opdrachtgevers samenwerkingsafspraken gemaakt. De opdrachtgevers committeren zich hiermee aan de uitkomsten van het programma en zetten zich in om hier de komende jaren nader invulling aan te geven





2. Instroom: patiëntkenmerken en zorgtypen

In dit hoofdstuk bekijken we de instroom van de forensische patiënt. Dit is het moment wanneer de patiënt in de forensische zorg terecht komt op basis van een strafrechtelijke titel. De volgende vragen komen aan de orde. Wat is de zorggeschiedenis? Welke soort zorg krijgt deze nieuwe patiënt? Wat zijn de diagnose, strafrechtelijke titel en de aard van het delict bij instroom?

Voor aanbieders en de inkoper is het interessant om te weten wat voor type patiënten aanbieders behandelen. Zo kunnen vraag en aanbod op elkaar aansluiten.

Kenmerken van de patiënt

Interessant is om te bekijken wat voor soort patiënten instromen in de forensische zorg. Hoe komen ze binnen in de forensische zorg? Wat is hun verleden in de ggz?

Instroom

In 2014 startten bijna 9.470 patiënten met forensische zorg (zie: [programma Continuïteit van Zorg](#), IVZ). In 2015 waren

dit 10.640 patiënten. In totaal kregen in 2014 20.680 mensen forensische zorg. Dit aantal is in 2015 gegroeid met 15% naar 23.820.

Type zorg bij instroom

In deze monitor hebben we de forensische zorg ingedeeld in vier zorgtypes. Dit heeft te maken met het type patiënten en de aanbieders van deze zorg. In tabel 1 lichten we deze toe. In de bijlage staat een uitgebreid overzicht.





Tabel 1. Zorgtypes in de fz

Zorgtype	Patiënten	Soort zorg	Zorgaanbieders
Tbs-zorg	Ter beschikking gestelden (tbs'ers)	Behandeling met verblijf en begeleiding	Forensische psychiatrie centra (fpc's), forensisch psychiatrische klinieken (fpk's)
Zorg tijdens detentie	Gedetineerden die zorg tijdens detentie nodig hebben	Behandeling met verblijf Begeleiding met verblijf	Penitentiaire psychiatrische centra (ppc's), ggz aanbieders, regionale instellingen voor bescherm wonen (RIBW's)
Overige fz met verblijf	Verdachten/ veroordeelden die ggz of gehandicaptenzorg nodig hebben	Behandeling en/of begeleiding met verblijf	o.a. forensisch psychiatrische afdelingen (fpa's), fpk's, RIBW's
Ambulante overige fz	Verdachten/ veroordeelden die ggz of gehandicaptenzorg nodig hebben	Behandeling en/of begeleiding zonder verblijf	o.a. ggz aanbieders, forensische psychiatrische poliklinieken (fpp's)

NB Zorg zonder strafrechtelijke titel met forensisch karakter valt vaak onder de overige forensische zorg.

*

1

2

3

4

5

In onderstaande tabel is weergegeven welk type zorg patiënten ontvangen als zij instromen in de forensische zorg. Het verschil met de vorige tabel is dat hier het aantal unieke patiënten is weergegeven. Een patiënt kan meerdere plaatsingsbesluiten hebben.

Tabel 2. Instroom unieke patiënten per zorgcategorie (2014–2015)

Type zorg	Zorgcategorie	2014	2015
Zorg tijdens detentie	Beveiligingsniveau 4 Penitentiair Psychiatrisch Centrum (ppc)	960 (10,1%)	730 (7%)
Tbs-zorg	Beveiligingsniveau 4 Forensisch Psychiatrisch Centrum (fpc)	90 (1%)	120 (1,1%)
Overige forensische zorg met verblijf	Beveiligingsniveau 3 Forensisch psychiatrische kliniek (fpc)	220 (2,3%)	270 (2,5%)
	Beveiligingsniveau 2 Forensisch psychiatrische afdeling (fpa)	460 (4,9%)	460 (4,3%)
	Beveiligingsniveau 1 Overig klinisch	190 (2%)	130 (1,2%)
	Beschermd en/of begeleid wonen	650 (6,9%)	560 (5,3%)
Ambulante overige fz	Ambulante behandeling	5.760 (60,8%)	5.950 (55,9%)
	Ambulante dagbesteding en/of begeleiding	1.140 (12%)	2.240 (22,7%)
	Totaal	9.470 (100%)	10.640 (100%)

Bron: Ifzo, bewerking IVZ





De grootste instroom vindt plaats bij de ambulante overige forensische zorg (ofz). Daarnaast valt op dat het aantal patiënten dat instroomt in de ambulante dagbesteding en/of begeleidingszorg is verdubbeld. Een mogelijke verklaring voor de toename van het aantal patiënten in de ambulante ofz is dat het beleid van ForZo/JJI gericht is op meer ambulant behandelen en op lichtere zorg waar dat mogelijk is.

Zorggeschiedenis

Wanneer patiënten in de forensische zorg worden geplaatst, hebben ze vaak al een geschiedenis in de ggz of andere zorgvormen. Tabel 3 geeft hiervan een overzicht.

Tabel 3. Zorg voorafgaand aan forensische zorg in 2014

Zorgvorm	Tegelijk ggz en fz	Max. 1 maand vooraf	Max. 3 maanden vooraf	Max. 6 maanden vooraf	Max. 1 jaar vooraf	Max. 3 jaar vooraf
Basis-ggz (incl. poh en elp)	0%	1%	2%	3%	4%	5%
Gespecialiseerde (en tweedelijns) ggz	10%	17%	21%	24%	29%	37%
Langdurige zorg (Zvw of Wlz)	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Combinatie van 2 of meer zorgvormen	1%	2%	3%	4%	7%	14%

Bron: DIS, Vektis

Opvallend is dat veel patiënten (57%) al een zorggeschiedenis in de ggz hebben. 21% van de patiënten heeft zelfs tot een maand voorafgaand aan de instroom in de fz zorg ontvangen.

Diagnose bij instroom

Daarnaast hebben we onderzocht wat de diagnose van de patiënt is bij instroom in de forensische behandelenzorg. We hebben daarbij onderscheid gemaakt tussen patiënten die al eerder ggz ontvingen en patiënten die geen geschiedenis in de ggz hebben. Figuur 2 geeft hiervan een overzicht.

*

1

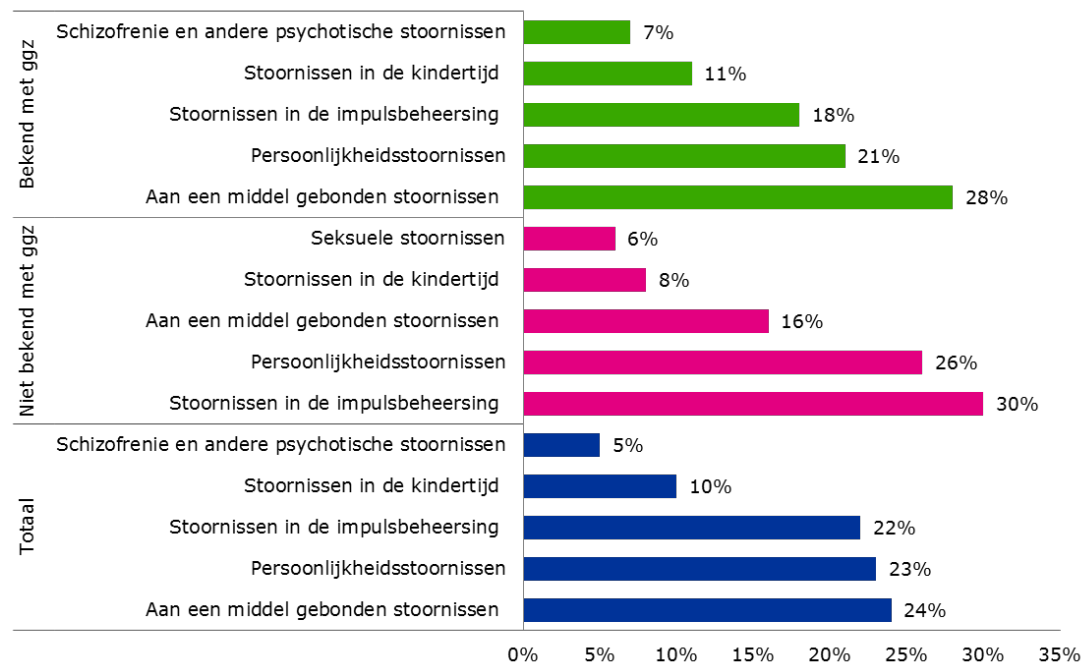
2

3

4

5

Figuur 2. Diagnoses van patiënten bij instroom in de forensische zorg



Bron: DIS

We zien dat aan een middel gebonden stoornissen (verslaving), persoonlijkheidsstoornissen en stoornissen in de impulsbeheersing de meest voorkomende diagnoses zijn bij patiënten die instromen in de forensische behandelenzorg.



*

1

2

3

4

5

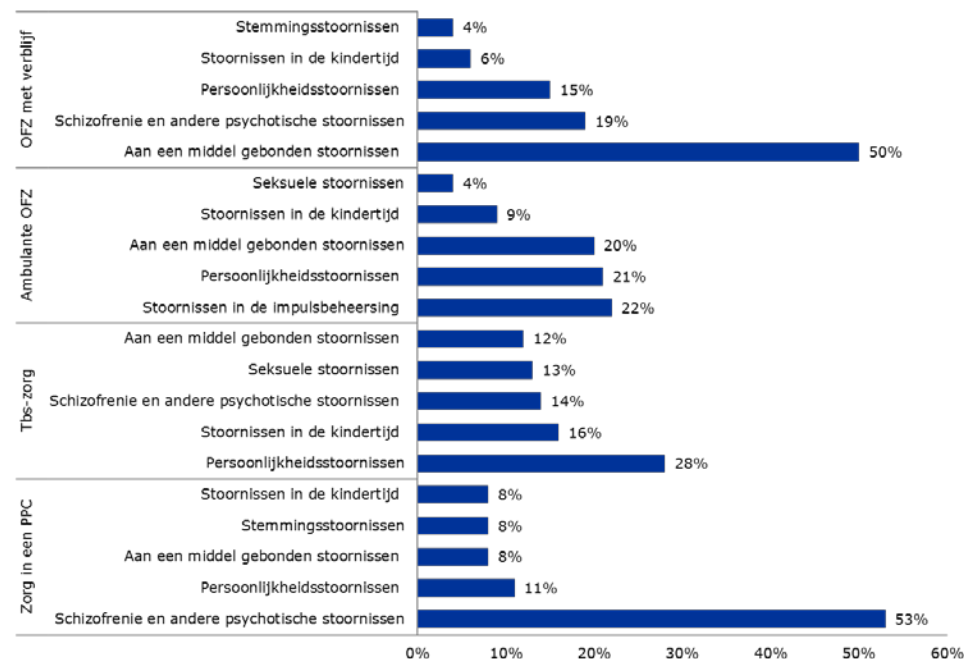


De meest voorkomende diagnoses van patiënten die bekend zijn met ggz zijn aan een middel gebonden stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Bij patiënten die niet bekend zijn met ggz zijn dit stoornissen in de impulsbeheersing en persoonlijkheidsstoornissen.

Diagnose per type forensische zorg

Om te zien met welke type patiënten aanbieders te maken krijgen, bekeken we ook welke diagnoses het meest voorkomen per type forensische zorg bij instroom (figuur 3). We hebben hierbij gekeken naar de primaire diagnose. De analyse gaat niet in op eventuele nevendiagnosen.

Figuur 3. Diagnose bij instroom in de verschillende zorgcategorieën



Bron: DIS



*

1

2

3

4

5



De diagnoses binnen de verschillende zorgcategorïeën verschillen aanzienlijk. Zo heeft iets meer dan de helft van de nieuwe patiënten in een ppc schizofrenie of een andere psychotische stoornis. In de tbs-zorg zijn persoonlijkheidsstoornissen met 28% verreweg de meest voorkomende diagnose, terwijl dit voor de overige forensische behandelen zorg aan een middel gebonden stoornissen is. Als er binnen de overige forensische behandelen zorg ook verblijf wordt geboden, is er ook regelmatig sprake van schizofrenie of een andere psychotische stoornis. In de ambulante overige behandelen zorg komt dit veel minder vaak voor.

Aard van delict bij instroom

Verder hebben we onderzocht welk delict de patiënten hebben gepleegd bij instroom in de fz. Ook hier hebben we onderscheid gemaakt of de patiënt bekend is in de ggz en in welke type zorg een patiënt instroomt. Zie de bijlage voor een uitgebreidere omschrijving van 'aard van delict'.

Een delict van 'midden geweld' (zoals bedreiging, belaging, hulp bij zelfdoding, mishandeling met voorbedachten rade) komt het meeste voor (tabel 4). Opvallend is dat patiënten die eerder zorg hebben ontvangen in de ggz iets vaker te maken hebben met een delict van midden geweld.

Tabel 4. Top 5 aard van delict bij instroom

Aard van delict	Aandeel van het totaal
Midden geweld	31%
Vermogen en profijt	19%
Licht geweld	14%
Zeden	8%
Zwaar geweld	7%

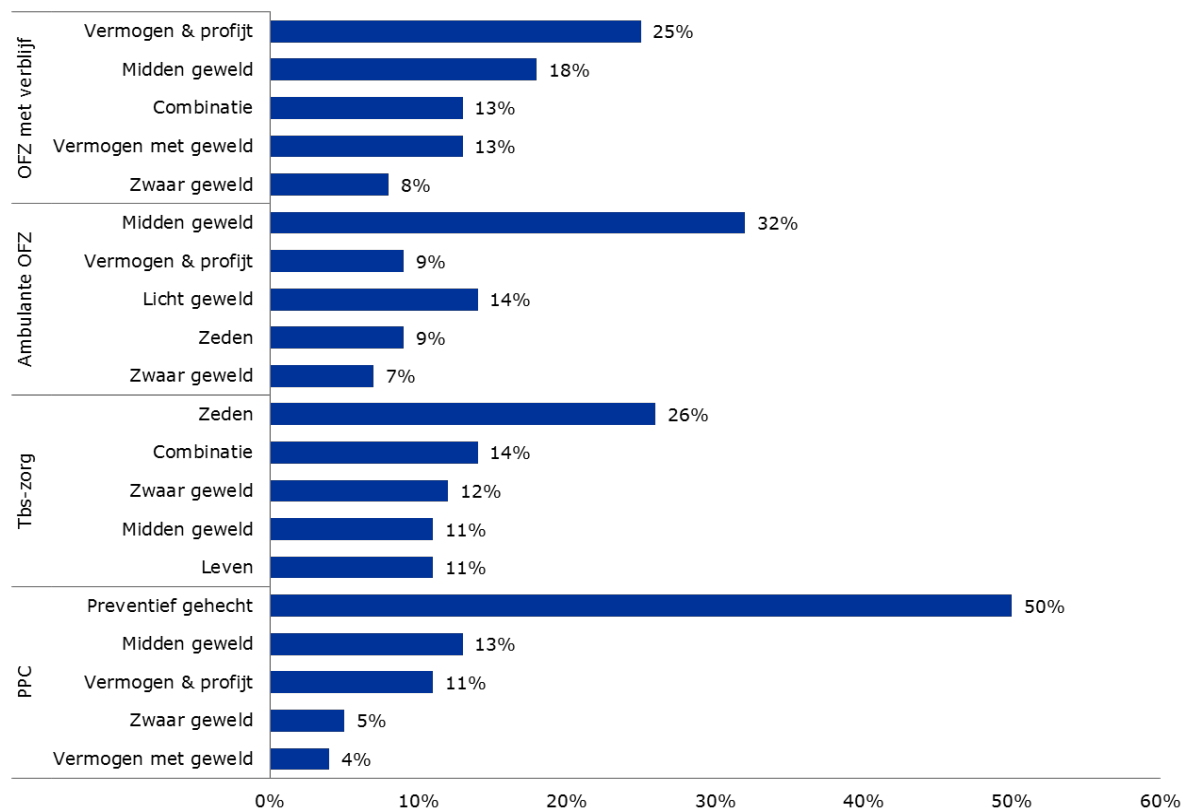
Bron: DIS

Verder hebben we onderzocht welk aard van delict het meest voorkomt bij de verschillende zorgtypes. Dit geeft aan met welk soort patiënten een zorgaanbieder te maken krijgt.





Figuur 4. Aard delict van patiënten per zorgtype



Bron: DIS

*

1

2

3

4

5



De aard van het delict bepaalt mede welk type zorg wordt opgelegd. Bij zorg in een ppc is er bij de helft van de gevallen sprake van preventieve hechtenis. Bij tbs-zorg zijn de meest voorkomende clusters zwaar geweld (vrijheidsberoving, zware mishandeling, gijzeling) en zeden (verkrachting, ontucht met minderjarige, aanranding). Bij overige forensische zorg gaat het vaker om midden geweld (bedreiging, belaging, hulp bij zelfdoding, mishandeling met voorbedachten rade) en vermogen en profijt (schuldheiling, oplichting, fraude).

Strafrechtelijke titel bij instroom

Wanneer patiënten instromen in de forensische zorg, hebben ze een strafrechtelijke titel. In tabel 5 staan de vijf meest voorkomende titels. De titels 'voorgenomen indicatiestelling' en 'verdiepingsdiagnostiek' zijn geen strafrechtelijke titels, maar vallen wel onder de forensische zorg met strafrechtelijke titel.

Tabel 5. Vijf meest voorkomende strafrechtelijke (zorg)titels bij instroom

Strafrechtelijke (zorg)titels in de behandelzorg

Voorwaardelijke veroordeling	42%
Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden	13%
Voorgenomen indicatiestelling	10%
Sepot met voorwaarden	9%
Verdiepingsdiagnostiek	8%

Bron: DIS

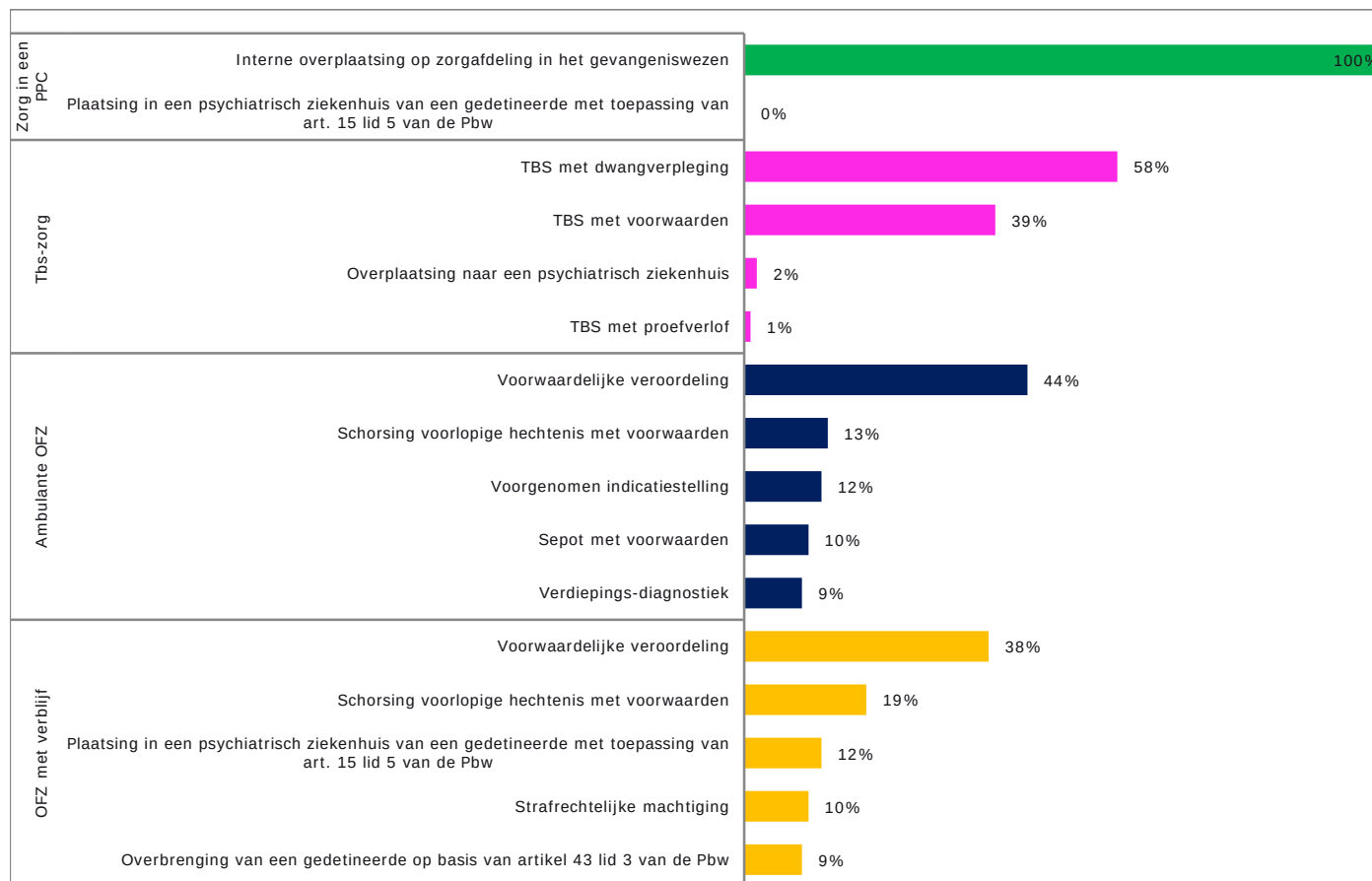
Patiënten die in het verleden ggz ontvingen, hebben relatief vaker te maken met een voorwaardelijke veroordeling dan patiënten die in het verleden geen ggz ontvingen.

In figuur 6 geven we de strafrechtelijke titel per zorgtype weer. Hierin is te zien dat sommige strafrechtelijke titels alleen voorkomen bij bepaalde zorgtypes. Zoals tbs met dwangverpleging, tbs met voorwaarden, tbs met proefverlof alleen bij tbs-zorg en een interne overplaatsing op zorgafdeling alleen bij zorg tijdens detentie.





Figuur 6. Strafrechtelijke titel per zorgtype



Bron: DIS



Onderstaande tabel vat alle bovenstaande informatie samen.
Hierin is weergegeven met welke soorten patiënten
aanbieders per zorgtype te maken krijgen.

Tabel 6. Patiëntkenmerken per type zorg

Type zorg	Aantal patiënten instroom	Diagnose	Aard delict	Straf-rechterlijke titel
Tbs-zorg	120	Persoonlijkheidsstoornissen, stoornissen in de kindertijd	Zeden, Combinatie	Tbs met dwangverpleging, tbs met voorwaarden
Zorg tijdens detentie	730	Schizofrenie, Persoonlijkheidsstoornissen	Preventief gehecht Midden geweld	Interne overplaatsing op zorgafdeling
Ambulante overige fz	8.730	Stoornissen in impulsbeheersing, Aan middel gebonden stoornissen	Midden geweld, Licht geweld	Voorwaardelijke veroordeling, Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden
Overige fz met verblijf	1.420	Aan middel gebonden stoornissen, Schizofrenie	Vermogen en profijt, midden geweld	Voorwaardelijke veroordeling, Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden

Bron: NZa



3. Instroom: wachttijden en inkoop

Patiënten die instromen in de forensische zorg moeten passende en tijdige zorg krijgen. We hebben in het vorige hoofdstuk in kaart gebracht met welke patiënten aanbieders van forensische zorg te maken krijgen. In dit hoofdstuk bekijken we wat de wachttijden zijn en in hoeverre de ingekochte zorg wordt geleverd. Om te zorgen voor voldoende passende en tijdige zorg, zijn dit belangrijke gegevens om het aanbod bij de vraag te laten passen.

In het programma Continuïteit van zorg is een aantal knelpunten voor de instroom geïdentificeerd. Zorgaanbieders geven aan dat er knelpunten zijn rondom tijdige zorg. Dit komt deels door niet beschikbare ingekochte capaciteit en door onduidelijkheid over wie de zorg gaat financieren (passende en bereikbare zorg). Patiënten moeten uiteraard op de juiste plek zo snel mogelijk de juiste zorg krijgen.

Wachttijden in de forensische zorg

De patiënt moet tijdig de zorg krijgen hij die nodig heeft of opgelegd krijgt. Voor een snelle instroom moeten de wachttijden kort zijn. We hebben de wachttijdinformatie van de tbs-zorg en de overige forensische behandelen met en

zonder verblijf bekeken. De wachttijden voor begeleiding en beschermd wonen hebben we niet. Dit valt onder de overige forensische zorg met verblijf onder zorgcategorie beschermd en/of begeleid wonen en ambulante ofz onder zorgcategorie ambulante dagbesteding en/of begeleiding (zie tabel 2).

In de forensische zorg werkt de DJI met verschillende normen voor wachttijden. Allereerst zijn er aparte normen voor wachttijden bij tbs: een wettelijke norm en een interne streefnorm.

Daarnaast zijn er interne streefnormen voor wachttijden bij ppc's en overige forensische behandelen. Deze normen verschillen per strafrechtelijke titel.

Nu gaan we eerst in op de wachttijden voor tbs-zorg. Daarna komen de wachttijden voor overige forensische behandelen met en zonder verblijf aan bod.

Wachttijden voor tbs-zorg

Voor de tbs-zorg is de wachttijd de tijd vanaf de ingangsdatum van de terbeschikkingstelling tot de eerste opnamedag in een fpc. We noemen de mensen met tbs die in een penitentiaire inrichting wachten op een plek in een fpc tbs-passanten.





Er zit soms enige tijd tussen de start van de terbeschikkingstelling en de plaatsing. Dit zijn de drie voornaamste verklaringen:

- Het Openbaar Ministerie heeft tijd nodig voor de overdracht van het strafdossier aan DJI.
- Voor mensen met een zeer specifieke zorg- en/of beveiligingsbehoefte kan niet altijd direct een plek worden gevonden bij een fpc met het gewenste zorgaanbod.
- Mensen die ontslagen zijn van rechtsvervolging maar wel ter beschikking worden gesteld, zijn tbs-passant zodra dit vonnis onherroepelijk wordt.

In tabel 7 staat het gemiddeld aantal tbs-passanten in een jaar en de gemiddelde wachttijd van de tbs-passanten in de afgelopen jaren.

Tabel 7. Gemiddelde wachttijd voor tbs-passanten (dagen)

Aantal tbs-passanten	2012	2013	2014	2015
Gemiddeld aantal tbs-passanten	27	22	20	19
Gemiddelde wachttijd tbs-passanten	82	81	62	42

Bron: DJI (2016), Forensische Zorg in getal

De interne streefnorm is om een tbs-passant binnen 42 kalenderdagen te plaatsen. In 2015 is de gemiddelde wachttijd voor het plaatsen van een tbs-passant 42 dagen.

De wettelijke termijn voor plaatsing van een tbs'er is zes maanden. In tabel 8 staat het aantal eerste opnames in een fpc per jaar, gekoppeld aan het aantal plaatsingen binnen de termijn van zes maanden.

Tabel 8. Aantal eerste opnames en plaatsingen voor tbs-zorg per jaar

	2011	2012	2013	2014	2015
Eerste opnames	104	95	108	92	118
Plaatsingen binnen 6 maanden	99	87	102	90	117

Bron: DJI (2016), Forensische zorg in getal

Het aantal tbs'ers dat niet binnen de wettelijke termijn van zes maanden is geplaatst neemt af van vijf in 2011 naar één in 2015.

Als tbs'ers langer dan de wettelijke termijn moeten wachten op een plaatsing, moet DJI een passantenvergoeding betalen.

*

1

2

3

4

5



Wachttijden zorg tijdens detentie en overige forensische zorg

Van de forensische behandelzorg (behandeling met verblijf en ambulante behandeling in de ofz) geven we de gemiddelde aanmeldwachttijd en de behandelwachttijd per strafrechtelijke titel weer. Daarnaast kunnen we de wachttijd ook laten zien per zorgtype en diagnosegroep. Dit hebben we gedaan omdat er ingekocht wordt op het type zorg. In de ggz is gebleken dat de wachttijd per diagnosegroep kan verschillen. We willen onderzoeken of dit ook het geval is in de forensische zorg.

De wachttijden voor zorg tijdens detentie en overige forensische behandelzorg zijn opgebouwd uit een aanmeldwachttijd en een behandelwachttijd (figuur 7). Aanmeldwachttijd is de tijd tussen het moment van aanmelden bij de zorgverlener en de intake bij de zorgverlener.

Behandelwachttijd is de tijd tussen de intake en het begin van de behandeling.

Figuur 7. Typen wachttijden



Bron: NZa

Wachttijden per strafrechtelijke/zorg titel

DJI hanteert interne streefnormen per strafrechtelijke titel. Deze zijn afkomstig uit het beleidskader Plaatsing. De interne streefnorm voor de aanmeldwachttijd is voor de meeste strafrechtelijke titels 15 of 20 werkdagen, dus drie of vier weken.

De interne streefnorm van de behandelwachttijd is voor de meeste strafrechtelijke titels tussen de 30 en 40 werkdagen, dus zes tot acht weken.

DJI streeft ernaar om een patiënt binnen deze tijd te plaatsen.

Hoewel het hier om een interne norm gaat, vinden we het waardevol om inzichtelijk te maken of DJI haar eigen normen



*

1

2

3

4

5



haalt. We hebben onderzocht wat de gemiddelde aanmeld- en behandelwachtijd per strafrechtelijke titel is. Daarnaast hebben we per strafrechtelijke titel gekeken naar het aantal patiënten dat langer moet wachten dan de norm (tabellen 9 en 10).

Tabel 9. Gemiddelde aanmeldwachtijd en percentage patiënten langer wachtend dan interne norm per strafrechtelijke (zorg)titel

Strafrechtelijke titel/zorgtitel	Interne streefnorm intake (weken)	Gemiddelde wachtijd 2015 (weken)	2011	2012	2013	2014	2015
Interne overplaatsing op zorgafdeling in het gevangeniswezen	0,6	0,4	64%	60%	44%	12%	16%
ISD	4	3,7	24%	28%	28%	30%	28%
ISD met voorwaarden	3	6,6	68%	65%	81%	67%	68%
Overbrenging van een gedetineerde op basis van artikel 43 lid 3 van de Pbw	4	3,6	30%	39%	45%	56%	29%
Poliklinische verrichtingen door ggz in het gevangeniswezen	1	4,1	78%	72%	78%	80%	83%
Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden	3	5,5	54%	49%	56%	63%	64%
Sepot met voorwaarden	3	6,6	57%	63%	67%	71%	74%
Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege	3	4,0	61%	48%	51%	56%	44%
Voorwaardelijke invrijheidsstelling met bijzondere voorwaarden	3	5,7	57%	51%	62%	64%	68%
Voorwaardelijke veroordeling	3	6,5	65%	57%	64%	68%	69%

Bron: DIS



Tabel 10. Gemiddelde behandelwachtijd en percentage patiënten langer wachtend dan interne norm per strafrechtelijke (zorg)titel

Strafrechtelijke titel/zorgtitel	Interne streefnorm intake (weken)	Gemiddelde wachtijd 2015 (weken)	2011	2012	2013	2014	2015
Interne overplaatsing op zorgafdeling in het gevangeniswezen	1	0,8	83%	72%	57%	36%	32%
ISD	8	2,4	46%	32%	31%	35%	21%
ISD met voorwaarden	7	3,3	72%	50%	57%	43%	44%
Overbrenging van een gedetineerde op basis van artikel 43 lid 3 van de Pbw	8	0,4	62%	47%	29%	40%	24%
Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis van een gedetineerde met toepassing van art. 15 lid 5 van de Pbw	4	1,1	69%	47%	29%	40%	24%
Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden	7	7,2	61%	59%	54%	59%	56%
Sepot met voorwaarden	7	9,8	64%	67%	62%	75%	78%
Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege	7	6,8	64%	54%	44%	47%	42%
Voorwaardelijke invrijheidsstelling met bijzondere voorwaarden	7	8,0	57%	58%	61%	62%	59%
Voorwaardelijke veroordeling	7	8,1	67%	62%	57%	60%	64%

Bron: DIS

*

1

2

3

4

5



In 2015 wachtten patiënten met de strafrechtelijke titels sepot met voorwaarden en ISD met voorwaarden het langst voor de intake, beiden 6,6 weken. De grootste groep patiënten in de forensische behandelen (verblijf en ambulant) heeft een voorwaardelijke veroordeling (zie tabel 6). Van deze groep wachtte 69% langer dan de interne streefnorm van 3 weken op een intakegesprek. De aanmeldwachtijd voor deze groep was 6,5 week. Ook de behandelwachtijd voor deze groep was langer dan de streefnorm van 7 weken, namelijk 8 weken. Dit betekent dat de patiënt gemiddeld langer moet wachten dan de interne streefnorm. In 2015 wachtte 64% van de patiënten langer dan deze norm.

Bij de strafrechtelijke titel sepot met voorwaarden is ook de behandelwachtijd hoog, bijna 10 weken. Volgens het beleidskader Plaatsing is de interne streefnorm voor deze strafrechtelijke titel 7 weken voor behandeling. Deze wordt dus overschreden.

Opvallend is dat de wachttijd voor interne overplaatsing op een zorgafdeling in het gevangeniswezen erg laag ligt. Daarnaast valt op dat de aanmeld- en behandelwachtijd van ISD onder de norm ligt.

Interne streefnorm wachttijden

DJI werkt aan een herziening van het beleidskader Plaatsing. Dit document waarin onder andere de interne streefnormen staan, komt uit 2010 en is op diverse onderdelen verouderd. Ook zal gekeken worden hoe de wachttijden gedurende het jaar gemonitord kunnen worden.

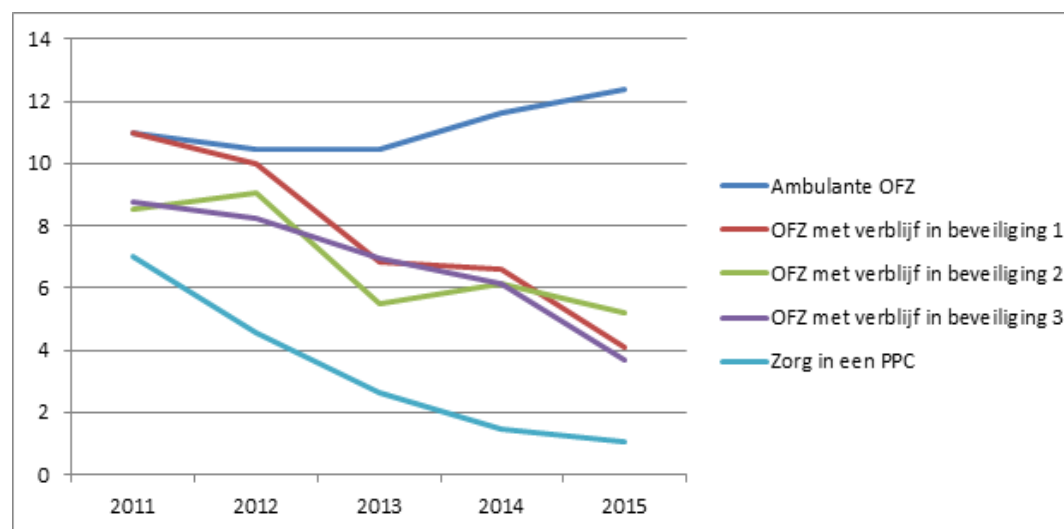
Wachttijd per zorgtype

Als we de wachttijd per zorgtype bekijken, zien we een ander beeld. Figuur 8 laat per zorgtype de gemiddelde wachttijden over de jaren 2011–2015 zien.





Figuur 8. Gemiddelde totale wachttijd in weken per zorgcategorie (2011–2015)



Bron: DIS

De totale wachttijd voor de forensische behandelen daalde de afgelopen jaren, behalve bij de ambulante overige forensische behandelen. Deze wachttijd is in 2015 iets meer dan 12 weken. De stijging in 2014 en 2015 bij de ambulante overige forensische behandelen is opvallend. De ambulante ofz heeft de grootste instroom in de fz. De jaren hiervoor was er namelijk sprake van een daling. Een mogelijke verklaring is het beleid om patiënten meer

ambulant te behandelen in plaats van met verblijf, waardoor er een grotere toestroom aan patiënten is in de ambulante fz. Deze wachttijden moeten worden teruggedrongen om patiënten sneller op de juiste plek te krijgen en zo mogelijke terugval en recidive te voorkomen.



*

1

2

3

4

5

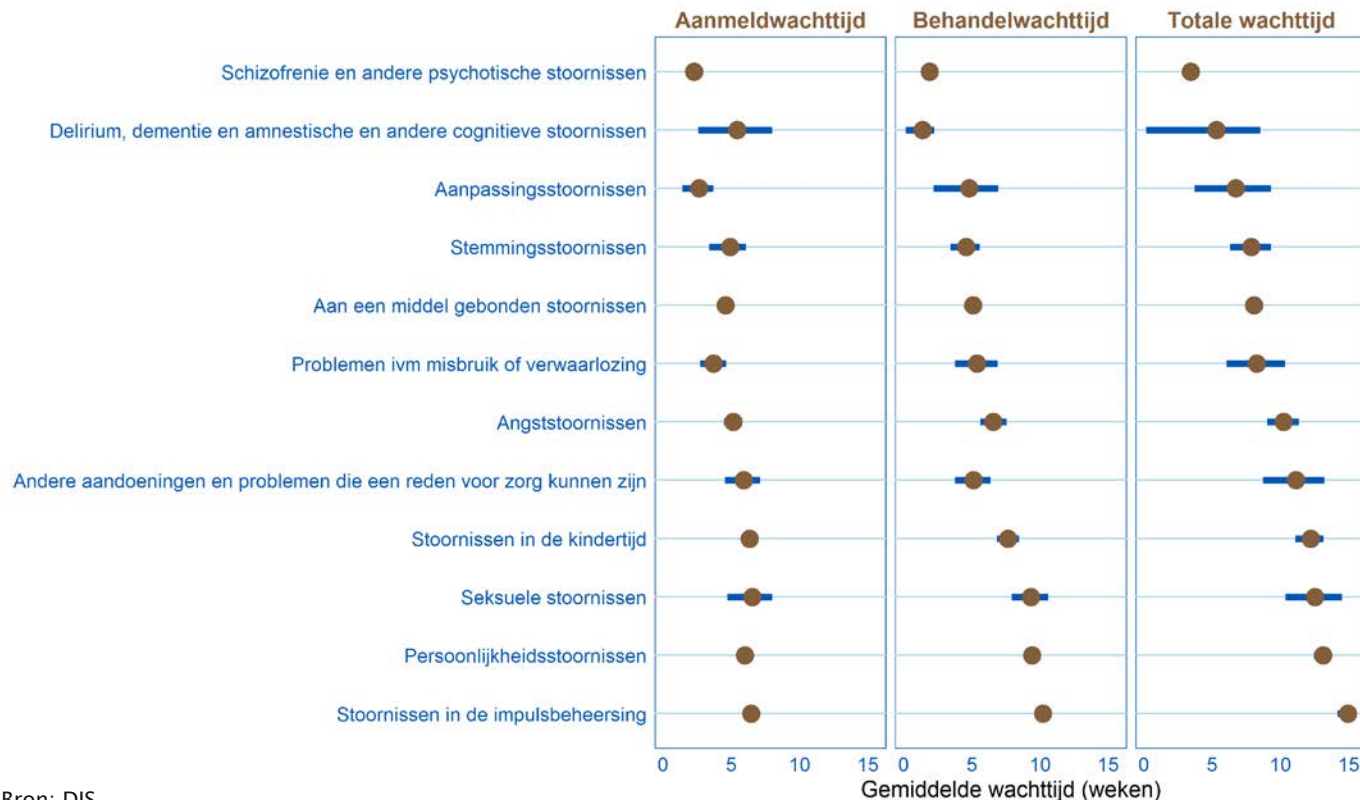


Wachttijden per diagnosegroep

Met de gegevens uit DIS kunnen we de wachttijden per diagnosegroep weergeven. In de ggz blijkt dat er per diagnose verschillen zijn in de wachttijden en daarom

hebben we gekeken of dit in de forensische zorg ook het geval is (figuur 9). De figuur toont de gemiddelde wachttijd per diagnosegroep in 2015. De horizontale streep staat voor de spreiding.

Figuur 9. Gemiddelde wachttijden per diagnosegroep in weken



Bron: DIS



*

1

2

3

4

5



Tussen de kortste (schizofrenie) en de langste aanmeldwachtijd (stoornissen in de impulsbeheersing) zit ruim drie weken. Stoornissen in de impulsbeheersing komt het meest voor in de ofz (zie tabel 6) en dus bij de meeste patiënten. Vergelijkbaar met de ggz zijn de wachttijden bij persoonlijkheidsstoornissen lang. Deze stoornis komt redelijk vaak voor in de ofz en bij zorg tijdens detentie (zie figuur 3). Voor een behandeling wachtte een patiënt met schizofrenie gemiddeld aanzienlijk korter (bijna twee weken) dan een patiënt met een stoornis in de impulsbeheersing (tien weken).

Inkoop en realisatie van forensische zorg

Wachttijden kunnen onder meer ontstaan als er niet voldoende zorg is ingekocht of als er niet voldoende capaciteit is door een grotere toestroom aan patiënten. We hebben van alle zorgtypen (zie tabel 1) gekeken hoeveel zorg er is ingekocht en hoeveel daarvan is gerealiseerd.

Tabel 11 laat voor de overige forensische behandelen de omvang zien van de inkoopafspraken en daadwerkelijk gerealiseerde zorg. De getallen zijn in miljoenen euro's.

Tabel 11. Inkoop en realisatie forensische zorg in miljoenen euro's

	2013		2014		2015	
	Inkoop	Realisatie	Inkoop	Realisatie	Inkoop	Realisatie
Tbs-zorg	323,75	314,06	299,60	302,99	288,90	287,48
Zorg tijdens detentie	87,59	87,26	80,00	79,24	80,81	80,97
Ambulante ofz	46,90	44,86	47,82	47,32	56,92	48,65
Ofz met verblijf	157,61	149,00	159,55	150,67	171,33	146,66

Bron: ForZo/JJI

In tabel 11 is te zien dat in 2015 meer zorg is ingekocht dan daadwerkelijk is geleverd voor de tbs-zorg en de behandelen in de ofz. De realisatie van zorg tijdens detentie is iets hoger dan de inkoop. Dit verklaart niet de toenemende wachttijden in de ambulante ofz uit figuur 8. Omdat de realisatie lager is dan de inkoop lijkt er ruimte te zijn om de wachttijden terug te dringen.

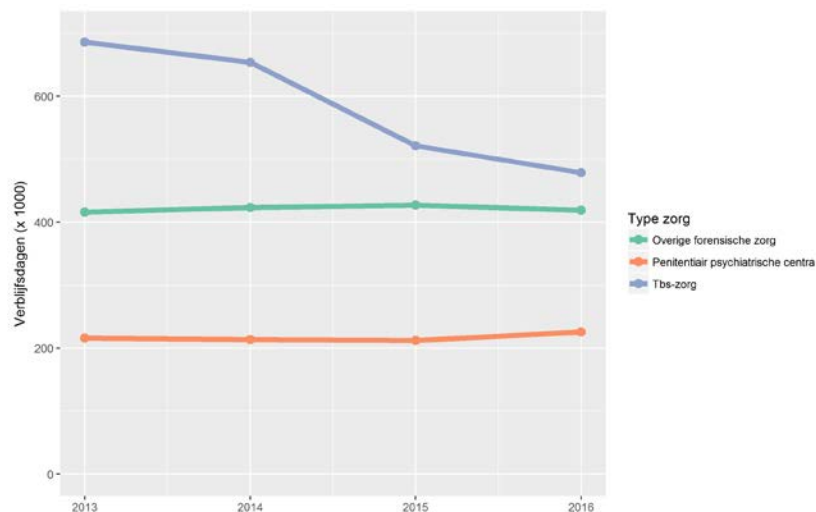
Als we verder inzoomen op het aantal ingekochte verblijfsdagen bij overige forensische behandelen, zorg tijdens detentie en tbs-zorg, zien we in figuur 10 dat dit in 2016 ruim 3% lager is dan in 2015. Dit komt vooral doordat er minder tbs-zorg werd ingekocht. Ook het aantal gerealiseerde verblijfsdagen daalt, net als de wachttijden voor tbs-zorg.

De inkoop van verblijfsdagen voor de overige forensische zorg is vrij stabiel over de jaren 2013 tot en met 2016.





Figuur 10. Aantal ingekochte verblijfsdagen



Bron: ForZo/JJI

Inkoop overige forensische begeleidingszorg

We kunnen geen wachttijd cijfers presenteren voor de overige forensische begeleidingszorg, maar het is wel goed om naar de inkoop van en daadwerkelijk geleverde begeleidingszorg te kijken. Uit de instroom per zorgcategorie blijkt immers dat het aantal patiënten dat instroomt in de ambulante begeleidingszorg is verdubbeld (van 1.140 patiënten in 2014 naar 2.420 patiënten in 2015).

In tabel 13 staan de bedragen van de ingekochte en daadwerkelijk geleverde forensische begeleidingszorg.

Tabel 13. Ingekochte en daadwerkelijk geleverde forensische begeleiding in miljoenen euro's

	2012		2013		2014		2015	
	Inkoop	Realisatie	Inkoop	Realisatie	Inkoop	Realisatie	Inkoop	Realisatie
Ggz-begeleiding, zzp's	14,71	16,41	20,25	20,19	30,97	34,77	41,52	42,44
Vg-begeleiding, zzp's	6,14	3,79	7,20	5,18	8,37	7,71	12,85	10,86
Extramurale parameters	14,60	11,54	13,77	13,97	14,22	9,41	21,46	21,31
Totaal	35,45	31,75	41,22	39,34	53,55	61,89	75,82	74,61

Bron: ForZo/JJI

De inkoop van forensische begeleidingszorg stijgt over de jaren heen. Tussen 2012 en 2015 is de inkoop van zzp's meer dan verdubbeld. Een verklaring hiervoor is het beleid van de afgelopen jaren, door te kiezen voor minder intensieve en lager beveiligde zorg waar dat mogelijk is. Ook wordt er minder tbs-zorg opgelegd. De inkoop van extramurale parameters voor begeleiding, behandeling en dagbesteding laat een stijging van 71% zien in de jaren 2012 tot en met 2016. Een deel van de stijging in 2014 en 2015



*

1

2

3

4

5



komt doordat er 300 plekken zijn overgegaan van subsidie naar inkoop via zzp's en extramurale parameters. Als we deze ontwikkeling niet meenemen, is er nog steeds een duidelijke stijging te zien.

In de realisatie zien we dat er in 2014 en 2015 meer is gedeclareerd aan zzp's en extramurale parameters dan was ingekocht. Voor 2015 is voor de extramurale parameters het verschil tussen de inkoop en daadwerkelijk geleverde zorg aanzienlijk kleiner geworden en het is nu nagenoeg gelijk. Het zou kunnen betekenen dat de verschuiving van intensievere zorgvormen naar lichtere begeleidingsvormen sterker was dan verwacht. Dit vergroot twee risico's: de doorstroom kan moeilijker worden en de wachttijsten kunnen langer worden.

Conclusies en aanbevelingen

- Het aantal tbs'ers neemt af. Er wordt minder tbs ingekocht, wachttijden nemen af (de gemiddelde wachttijd is in 2015 gelijk aan de interne streefnorm) en de plaatsing van vrijwel alle patiënten valt binnen de wettelijke norm.

- In de overige forensische behandelenzorg zijn veel patiënten die niet op tijd worden geplaatst volgens de interne streefnorm per strafrechtelijke titel. De aanmeldwachttijden zijn het langst voor de titels voorwaardelijke veroordeling en sepot met voorwaarden. Dit is tevens de grootste groep van patiënten in de fz. Het merendeel van de patiënten met deze strafrechtelijke titels wordt niet op tijd geplaatst volgens de interne streefnorm. Hiermee komt de toegankelijkheid van de zorg in het geding.
- Verder zien we een toename van wachttijden in de ambulante forensische behandelenzorg. Dit verdient nadrukkelijk aandacht. We zien hier het beleid terug om meer ambulante en lager beveiligde zorg in te zetten waar mogelijk in plaats van klinische en hoog beveiligde zorg. Uit cijfers van DJI blijkt dat meer zorg is ingekocht dan gerealiseerd op landelijk niveau. Er lijkt ruimte aanwezig om meer zorg te realiseren en zo de wachttijden (iets) terug te dringen. Toch zijn er veel patiënten die langer dan de interne normen wachten op zorg. We verwachten van DJI dat er inzicht komt in de oorzaken van deze wachttijden en dat maatregelen genomen worden om deze wachttijden terug te dringen.



*

1

2

3

4

5



- Daarnaast concluderen we dat de huidige interne streefnormen voor de wachttijden van de overige forensische behandelen zorg onvoldoende aansluiten bij de zorgbehoefte en zorginkoop. Dit komt omdat de normen voor wachttijden per strafrechtelijke titel worden gemeten. Als de wachttijden de norm overschrijden, is niet direct duidelijk welke zorg er onvoldoende beschikbaar is. Uit ons onderzoek blijkt dat de wachttijden in de ambulante ofz het langst zijn bij stoornissen in de impulsbeheersing en bij persoonlijkheidsstoornissen. We adviseren DJI om de interne streefnormen voor de wachttijden te herzien en deze beter te laten aansluiten bij de zorgbehoefte en zorginkoop. Ook moet tussentijdse monitoring van de wachttijden hierin een plek krijgen.
- Daarnaast adviseren we DJI om ook normen op te stellen voor de wachttijden voor de forensische begeleidingszorg en deze wachttijden ook te monitoren.



*

1

2

3

4

5



4. Doorstroom van patiënten in de forensische zorg

Wat is doorstroom?

Als patiënten eenmaal ingestroomd zijn in de forensische zorg, blijven zij niet altijd op dezelfde plek. Ze stromen door naar een ander type forensische zorg, bijvoorbeeld omdat een zwaardere of lichtere vorm van zorg beter bij de patiënt past, of omdat de fase van resocialisatie is aangebroken.

Daarnaast zijn er patiënten die geen strafrechtelijke titel hebben, maar wel zorg ontvangen met een forensisch karakter vanwege de beveiliging of de forensische expertise: de beveiligde zorg. Dit valt ook onder onze definitie van doorstroom.

Het is van belang om de bewegingen van patiënten binnen de forensische zorg in kaart te brengen om passende zorg te kunnen bieden en in te kopen.

De doorstroom kunnen we slechts beperkt in beeld brengen. Dit komt omdat er zeer weinig informatie beschikbaar is

over dit onderwerp. Gegevens over op- en afschalen van zorg met strafrechtelijke titel worden niet of nauwelijks door zorgaanbieders of Forzo/JJI verzameld. Instellingen die de gegevens wel verzamelen hebben vaak geen zicht op de voorafgaande zorg en/of de vervolgzorg die een patiënt ontvangt. In dit hoofdstuk gebruiken we de gegevens die verzameld zijn door het programma Continuïteit van zorg. Deze gegevens zijn gebaseerd op een enquête bij instellingen. We moeten de gegevens voorzichtig interpreteren, omdat ze slechts een deel van de populatie weergeven.

Doorstroom in de forensische zorg

Uit cijfers blijkt dat 14% van de patiënten die starten met een forensische behandeling of begeleiding met strafrechtelijke titel daarvoor ook al forensische zorg (met of zonder strafrechtelijke titel) kreeg.





Tabel 13. Overplaatsingen binnen dezelfde zorgvorm

	% overplaatsingen binnen dezelfde zorgvorm
Fpc	51%
Fpk	14%
Fpa	7%

Bron: IVZ

Plaatsingen binnen hetzelfde zorgtype komen het meest voor bij fpc's (tabel 13). Dit zijn waarschijnlijk overplaatsingen vanuit andere instellingen. Het is niet bekend wat de achterliggende redenen zijn bij deze overplaatsingen.

We kunnen de doorstroom van patiënten vanuit de instellingen ook uitsplitsen naar de vorm van zorg die ze voorafgaand ontvingen (tabel 14).

Tabel 14. Aansluitende forensische zorg naar herkomst

Komt van	Aandeel
Fpc	53%
Fpk	30%
Fpa	8%
Overig klinisch	5%
Forensisch beschermd wonen	24%

Bron: IVZ

Per vorm van forensische zorg zien we flinke verschillen in het aantal patiënten dat een vorm van forensische zorg blijft ontvangen. Zo blijft 53% van de patiënten in een fpc, terwijl maar 8% van de patiënten ook op de fpa blijft. Ook hier kan sprake zijn van externe overplaatsingen. Dit kan het hoge aandeel patiënten verklaren dat nog een vorm van forensische zorg ontvangt als ze de tbs-instelling verlaten.

Beveiligde zorg

Voor mensen die extra beveiliging en/of forensische expertise nodig hebben in de reguliere ggz of gehandicaptenzorg is de beveiligde zorg bedoeld. Dit zijn mensen die bijvoorbeeld via de wet Bopz verplicht worden opgenomen. Zij hoeven geen geschiedenis in de forensische zorg te hebben en patiënten hebben geen strafrechtelijke titel. Beveiligde zorg valt onder de zorgverzekeringswet. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inkoop van beveiligde zorg. Voor de beveiliging die nodig is, kunnen zorgaanbieders een toeslag op de normatieve huisvestingscomponent (nhc) met beveiligingsniveau 2 en 3 declareren.

Tabel 15 bevat een overzicht van het gebruik van de nhc-opslag voor beveiligde zorg, die door vijf instellingen is afgesproken in het kader van de overgangsregeling nhc. De opslag wordt aangeboden vanwege de hogere eisen aan huisvesting, in vergelijking met reguliere ggz.





Tabel 15. Aantal verblijfsdagen en zorgaanbieders per nhc-toeslag

Jaar	Beveiligingsniveau	Verblijfsdagen	Aantal aanbieders
2013	Beveiligingsniveau 2	39.042	4
	Beveiligingsniveau 3	14.502	3
2014	Beveiligingsniveau 2	35.952	4
	Beveiligingsniveau 3	17.186	3
2015	Beveiligingsniveau 2	31.512	3
	Beveiligingsniveau 3	12.210	2
2016	Beveiligingsniveau 2	35.278	3
	Beveiligingsniveau 3	10.408	3

Bron: NZa

Bovenstaande tabel laat de gedeclareerde dagen beveiligde zorg zien. Op basis van deze informatie kunnen we niet beoordelen in hoeverre dit het volledige aanbod is van beveiligde ggz en of dit aansluit bij de vraag naar beveiligde zorg. Opvallend is dat het aantal verblijfsdagen in 2015 afneemt. In 2016 neemt het aantal verblijfsdagen van beveiligingsniveau 3 nog verder af en stijgt het aantal dagen van beveiligingsniveau 2 weer.

De NZa doet momenteel onderzoek naar beveiligde zorg die wordt geleverd onder de Zvw. Uit dit onderzoek blijkt, op basis van voorlopige resultaten, dat veel beveiligde zorg in onderlinge dienstverlening wordt geleverd. De constructie

van onderlinge dienstverlening is noodzakelijk omdat zorgverleners vaak zelf niet beschikken over een verblijfssetting met beveiligingsniveau 2 of hoger. Daarbij valt op dat de opdrachtgevende zorgaanbieder (die de zorg uitbesteedt) geen toeslag op de nhc voor een beveiligingsniveau in rekening brengt bij de zorgverzekeraar. Er wordt dus meer beveiligde zorg geleverd dan op basis van tabel 15 blijkt. Omdat de opdrachtnemende zorgaanbieder de nhc toeslag wel doorrekent, zij beschikken immers wel over een beveiligde setting, biedt de opdrachtgevende zorgaanbieder deze zorg dan verlieslatend in onderlinge dienstverlening aan. Zorgaanbieders ervaren veel administratieve lasten bij het leveren van zorg in onderlinge dienstverlening en vervolgens declaratie van de beveiligde zorg. De NZa gaat in gesprek met partijen om een oplossing te zoeken voor dit probleem. Ook in de nieuwe bekostiging van de ggz vanaf 2020 is aandacht voor de beveiligde ggz.

Als er in de toekomst behoefte is aan monitoring, zijn gegevens nodig om deze zorg in beeld te brengen. De overgangsregeling voor kapitaallasten eindigt per 2018. De toeslag voor beveiliging is niet zichtbaar in het integrale tarief voor verblijf.

VWS en VenJ hebben als reactie op de aanbevelingen uit het programma opdracht aan GGZ Nederland gegeven een



*

1

veldnorm te ontwikkelen voor de beveiligde zorg. Hierin zal ook de behoefte aan beveiligde ggz aan bod komen. De veldnorm moet op 1 april 2018 gereed zijn.

2

Doorstroom in contractafspraken

ForZo/JJI heeft in haar meerjarenbeleid inkoop forensische zorg 2014–2017 een aantal speerpunten opgenomen. Dit zijn meer ambulante en laag-beveiligde klinische zorg, en minder hoog-beveiligde klinische zorg. Andere punten zijn de continuïteit van zorg verbeteren en inkopen op het gebied van kwaliteit.

3

4

ForZo/JJI maakt verschillende afspraken met zorgaanbieders om een impuls te geven aan de continuïteit van zorg en om te zorgen dat de doorstroming naar lichtere vormen van zorg beter verloopt:

5

- Groeipercelen: zorgvormen waar meer capaciteit moet komen om bijvoorbeeld ambulantisering te stimuleren of wachtlijsten af te bouwen;
- Substitutieafspraken voor verblijf;
- Gelijktijdig opbouwen van de capaciteit van overige fz en afbouwen van de tbs-capaciteit (waterbedafspraken);
- Nieuw Initiatief 2015. Dit moet doorstroom binnen de fz-keten bevorderen. Zwaardere vormen van klinische capaciteit moeten worden afgebouwd en lichtere vormen van ambulante zorg moeten worden opgebouwd.



Wanneer we het effect van die afspraken in beeld brengen, blijkt dat de omvang in aantal en euro's beperkt is. In totaal zijn 208 afspraken gemaakt voor ruim 12,5 miljoen euro. In tabel 16 staan de bedragen en het aantal zorgaanbieders.





Tabel 16. Doorstroom in contactafspraken 2016

	Dbbc's	Verblijf	zzp's	Extra-muraal	Overig	Totaal aantal afspraken; omzet	Aantal zorg- aanbieders
Groeiperceel	€ 1.227.787	0	€ 5.314.465	€ 1.144.509	€ 44.500	€ 7.731.261	9 (dbbc's) 27 (zzp's en extramurale parameters)
Nieuw Initiatief 2015	€ 567.265	0	€ 237.939	0	0	€ 805.204	15
Substitutie	0	€ 98.312	0	0	0	€ 98.312	6
Waterbed	€ 338.410	€ 1.650.108	€ 1.952.234	€ 33.914	€ 77.503	€ 4.052.169	27
Totaal afspraken	€ 2.133.462	€ 1.748.420	€ 7.504.638	€ 1.178.423	€ 122.003	€ 12.686.946	

Bron: DJI/ForZa





ForZo/JJI maakt voor ruim 12,5 miljoen euro afspraken over continuïteit van zorg. Ten opzichte van de omzet van de reguliere afspraken (bijna 725 miljoen euro) is dit 1,8%. Het merendeel van deze 12,5 miljoen euro (42%) is de € 5,3 miljoen groeiperceelafspraken in de begeleidingszorg.

Conclusies en aanbevelingen

- Er is weinig informatie om uitspraken te doen over de doorstroom van patiënten binnen de forensische zorg. Uit de cijfers die wel beschikbaar zijn, blijkt dat 15% van de patiënten die forensische zorg heeft gehad doorstroomt naar een andere vorm van forensische zorg met of zonder titel. Van de patiënten die nog zorg nodig hebben, blijft het merendeel dezelfde zorg ontvangen. Informatie over de tijdigheid van de doorstroom in de vorm van wachttijden is niet beschikbaar.
- Er lijkt een toenemende behoefte aan beveiligde zorg te zijn. De beschikbare cijfers van de gedeclareerde beveiligde zorg zijn een onderschatting van de hoeveelheid zorg die geleverd wordt. Aanbieders ervaren knelpunten de financiering van de beveiligde zorg en administratieve lasten. De NZa gaat in gesprek met partijen om een oplossing te zoeken voor dit probleem. Partijen ontwikkelen een veldnorm voor

beveiligde zorg waarin ook de behoefte van beveiligde zorg in kaart wordt gebracht.

- Er zijn weinig gegevens over de doorstroom binnen de fz met strafrechtelijke titel (op- en afschalen van zorg). Hetzelfde geldt voor gegevens over zorg met forensisch karakter na afloop van de strafrechtelijke titel. Om de doorstroom goed in beeld te krijgen en te zien of beleidsdoelstellingen gehaald worden, is het van belang dat er data beschikbaar komt.
- Continuïteit van zorg is een speerpunt van ForZo/JJI. Het doorstromen van patiënten naar ambulante zorg of minder beveiligde zorg is belangrijk voor DJI. In 2016 werd voor ruim 12,5 miljoen euro afspraken gemaakt over de doorstroom. Of de doorstroom daadwerkelijk verbeterd is, is niet bekend. We adviseren DJI om hierin inzicht te verkrijgen om te toetsen of beleidsdoelstellingen behaald worden.





5. Uitstroom

In dit hoofdstuk zoomen we in op de zorg die patiënten krijgen na afloop van de strafrechtelijke titel. We bespreken enkele patiëntkenmerken, waar en wanneer de vervolgzorg plaatsvindt, en of er wachttijden zijn hiervoor. Daarnaast gaan we in op de nieuwe wetten in de forensische zorg.

Vervolgzorg na uitstroom

Van de patiënten die uitstromen komt 85% uit de ambulante overige forensische zorg, 11% uit de overige forensische zorg met verblijf, 2,7% uit tbs-zorg en 0,9% uit een ppc.

Een groot deel van de patiënten heeft na de forensische zorg vervolgzorg nodig. In tabel 17 staat de inschatting die behandelaren maakten of de patiënt vervolgzorg nodig heeft na behandeling in de fz.

Tabel 17. Vervolgzorg nodig na afloop van de strafrechtelijke titel in 2014 en 2015

Type behandeling	Vervolgzorg 2014	Vervolgzorg 2015
Klinische behandeling fpc (tbs-zorg)	31,3%	Niet bekend*
Klinische behandeling ppc (zorg tijdens detentie)	89,4%	83,7%
Klinische behandeling overig (ofz met verblijf)	60%	61,9%
Ambulante behandeling	43,2%	65,5%
Ambulante begeleiding/beschermd wonen	41%	43,2%
Totale uitstroom naar vervolgzorg	46,9%	Niet bekend*

Bron: DJI

*Fpc's hoeven de kwaliteitsindicator 'continuïteit van zorg' in 2015 niet aan te leveren.

Wat opvalt, is dat het percentage patiënten dat na de forensische ambulante behandeling nog vervolgzorg nodig heeft, tussen 2014 en 2015 is gestegen van 43,2% naar 65,5%. Deze stijging kan leiden tot meer druk op de ambulante vervolgzorg.

Uit onderzoek van het programma Continuïteit van zorg naar de in- en uitstroom forensische zorg blijkt dat ongeveer een derde van de patiënten vervolgzorg krijgt na afloop van de strafrechtelijke titel. Van 45% is niet bekend of zij

*

1

vervolgzaam krijgen en de rest gaat in detentie of krijgt geen zorg meer.

2

In tabel 18 is de zorg die de patiënt krijgt na afloop van de strafrechtelijke titel uiteengezet.

3

Tabel 18. Vervolgzorg na afloop van de strafrechtelijke titel

	Komt van fz- kliniek (fpc, fpk, fpa, overige klinische behandeling)	Komt van (forensisch) beschermd wonen/ verblijf	Komt van fz ambulant (ambulante behandeling/ begeleiding)	Totaal
Gaat naar				
Dezelfde instelling, maar zonder strafrechtelijke titel	10%	14%	5%	8%
Detentie	14%	4%	2%	5%
Forensische setting	19%	7%	2%	7%
Reguliere zorg	34%	21%	12%	19%
Reclassering	0%	0%	1%	1%
Geen zorg	6%	25%	18%	16%
Onbekend en anders	18%	29%	60%	45%

4

5

Bron: IVZ

Na beëindiging van de strafrechtelijke titel gaat een groot deel (19%) van de patiënten naar de reguliere zorg in de Zvw of Wlz.





Termijnen vervolgzorg

Van de patiënten die uitstromen uit de forensische behandelzorg hebben we onderzocht of en wanneer ze terugkeren in de ggz (tabel 19).

Tabel 19. Vervolgzorg in de ggz na fz (2011 t/m 2013)

Uitstroom	Meteen	Binnen 1 maand	Binnen 3 maanden	Binnen 6 maanden	Binnen 1 jaar	Binnen 3 jaar
Basis-ggz (incl. poh en elp)	0%	0%	0%	1%	1%	3%
Gespecialiseerde (en tweedelijns) ggz	10%	27%	28%	30%	31%	32%
Langdurige zorg (Zvw of Wlz)	1%	1%	1%	1%	2%	1%
Combinatie van 2 of meer zorgvormen	1%	3%	4%	6%	9%	17%

Bron: DIS, Vektis

De meeste patiënten krijgen gespecialiseerde ggz na uitstroom uit de forensische zorg. Binnen een maand zien we 27% van de patiënten terug in de tweedelijns/gespecialiseerde ggz. Dit komt overeen met het [rapport Continuïteit van zorg](#). Binnen drie jaar krijgt 53% van de patiënten een vorm van vervolgzorg. De andere helft van de patiënten ontvangt geen vervolgzorg of het is onbekend of zij vervolgzorg ontvangen.

We hebben de groep die uitstroomt uit de forensische behandelzorg beter bekeken. Als patiënten vervolgzorg in de

tweedelijns/gespecialiseerde ggz ontvangen, krijgt 52% van hen dit voor dezelfde primaire diagnose als in de forensische zorg. Dit zijn vooral patiënten die bij dezelfde aanbieder in behandeling blijven. Ongeveer 12% van de patiënten krijgt een behandeling voor een andere primaire diagnose.

Deze primaire diagnose valt wel binnen dezelfde diagnosehoofdgroep.

Bijna 11% van de patiënten wordt in de reguliere ggz behandeld voor een diagnose die in de forensische zorg werd aangeduid als nevendiagnose.

Voor de patiënten van wie de diagnosehoofdgroep tussen de forensische zorg en de ggz-vervolgzorg niet overeenkwam, kwam de combinatie van persoonlijkheidsstoornissen en aan middel gebonden stoornissen het meest voor.





Gemiddelde wachttijd bij uitstroom

Voor de continuïteit van zorg is het van belang dat de patiënt na uitstroom snel terecht kan voor vervolgzorg. We hebben in kaart gebracht wat de gemiddelde wachttijd was voor patiënten die uitstroomden uit de forensische zorg met strafrechtelijke titel en vervolgzorg kregen in de tweedelijns/gespecialiseerde ggz (tabel 20).

Tabel 20. Gemiddelde aanmeld- en behandelwachttijd in weken van fz-patiënten bij instroom ggz (2011–2015)

	2011	2012	2013	2014	2015
Aanmeldwachttijd	4,9	4,6	4,2	4,9	5,5
Behandelwachttijd	7,0	6,3	6,5	6,7	7,2

Bron: DIS

De aanmeldwachttijd stijgt sinds 2013 en ligt boven de Treeknorm van vier weken in de ggz.

In de ggz nemen de wachttijden toe. Vergeleken met de wachttijden in de ggz zijn de aanmeldwachttijden voor de uitstromers uit de forensische zorg iets langer dan voor alle patiënten die ggz nodig hebben. Hetzelfde geldt voor de behandelwachttijd [Zie: [marktscan ggz 2016](#)].

Dit kan te maken hebben met te weinig ingekochte capaciteit voor deze doelgroep bij de ggz-zorgaanbieder, onzekerheid bij de financiering van de vervolgzorg en onbekendheid met

en terughoudendheid bij het behandelen van ex-gedetineerden.

Het programma Continuïteit van zorg heeft adviezen uitgebracht om de continuïteit van zorg te verbeteren. Een van de adviezen van het programma was een betere afstemming tussen het forensische domein en het reguliere domein door samenwerking tussen de verschillende aanbieders in de ggz keten. Een gedeelde verantwoordelijkheid voor de zorg voor de patiënt, gezamenlijk overleg tussen de verschillende aanbieders dragen hieraan bij. Ook kennis en inzicht in de regelgeving in de verschillende domeinen draagt bij aan continuïteit van zorg. Hiervoor heeft het programma het document bekostiging en regelgeving stelseloverstijgende zorg opgeleverd.

Een oplossing voor de financiële onzekerheid van de vervolgzorg is dat vanaf 1 april 2017 nieuwe afspraken gelden voor de verwijzing naar de geneeskundige ggz. Als de patiënt nu forensische zorg krijgt en de titel vervalt, dan wordt de behandeling afgemaakt onder de Zvw.

In de ggz en langdurige zorg heeft de NZa een [actieplan](#) gemaakt om de wachttijdenproblematiek aan te pakken.





*

1

Hierin treffen we maatregelen en maken we concreet afspraken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders om de knelpunten op te lossen en in de toekomst te voorkomen. De NZa ziet toe op de zorgplicht van verzekeraars. Signalen over zorg die niet tijdig beschikbaar is kunnen bij ons gemeld worden.

2

Over de wachttijden van beschermende woonvormen en begeleiding is geen informatie beschikbaar. Wel blijkt uit het programma Continuïteit van zorg dat er problemen zijn met de beschikbaarheid van deze vormen van zorg. Door ontbrekende cijfers weten we niet voldoende over de uitstroom van de forensische zorg naar het gemeentelijk domein en de gehandicaptenzorg. Transparantie over de wachttijden door gemeenten en de Wlz (gehandicaptenzorg) is gewenst.

3

4

5

Nieuwe wetten en continuïteit van zorg

Momenteel liggen er twee wetsvoorstellen: de Wet forensische zorg (Wfz) en de Wet verplichte ggz (Wvggz). Naar verwachting worden deze wetten in 2019 van kracht.

Zoals in het eerste hoofdstuk staat beschreven, bevat de Wfz een uitbreiding van taken van de NZa in de forensische zorg. Naast toezichthoudende taken krijgt de NZa handhavende taken. Verder bevat het wetsvoorstel fz ook een aantal artikelen die betrekking hebben op de continuïteit van zorg.

Met het wetsvoorstel forensische zorg krijgen de officier van Justitie en de rechter de mogelijkheden om iemand binnen het strafrecht sneller geestelijke gezondheidszorg te bieden. Om te voorkomen dat personen met een psychische stoornis of een verstandelijke beperking in een justitiële inrichting terecht komen terwijl ze daar eigenlijk niet thuis horen. De belangrijkste doelen van dit voorstel zijn: de juiste patiënt op de juiste plek, het creëren van voldoende forensische zorgcapaciteit, kwalitatief goede zorg gericht op de veiligheid van de samenleving en een goede aansluiting tussen de forensische zorg en de curatieve zorg. Concreet voor continuïteit van zorg betekent dit het volgende. Een zorgaanbieder moet 6 weken voor het einde van de justitiële titel aansluitende zorg voorbereiden als dat nodig is. Daarnaast kunnen door de wet contractuele afspraken gemaakt worden met aanbieders in de ggz over de overdracht en continuïteit van zorg. ForZo/JJI heeft dat vooruitlopend op de nieuwe wet in de contractering met aanbieders van forensische zorg opgenomen.

De Wet verplichte ggz regelt het verlenen van verplichte zorg aan personen met een psychische stoornis en zal de wet Bopz vervangen. De Wvggz biedt meer mogelijkheden om de verplichte ggz aan te laten sluiten op de behoefte van de patiënt. Dit wetsvoorstel draagt op een andere wijze bij aan de continuïteit van zorg. Door de behoefte van de patiënt centraal te stellen kan vooraf de afweging gemaakt worden



*

1

welke vorm van zorg het beste past: forensische zorg in het justitieel kader of gedwongen ggz in een reguliere setting. Hierbij hoeft geen sprake te zijn van een opname, maar kan ook ambulante zorg ingezet worden.

2

De komst van de nieuwe Wfz en de Wet verplichte ggz brengen de nodige veranderingen mee voor het veld. De wetten bieden meer mogelijkheden op het gebied van continuïteit van zorg. De implementatie in de praktijk behoeft nog aandacht zodat de overgang naar de nieuwe wetten soepel verloopt. Dit is een aandachtspunt voor de ministeries VenJ en VWS, GGZ Nederland, VGN en ZN die het vervolg van het programma Continuïteit van zorg gaan vormgeven.

3

4

5

Conclusies en aanbevelingen

- Er lijkt een structurele behoefte aan vervolgzorg te zijn in de reguliere ggz. Na het aflopen van de strafrechtelijke titel ontvangt iets meer dan de helft van de patiënten binnen 3 jaar vervolgzorg in de ggz. Echter, van bijna de helft van de patiënten is onbekend of zij vervolgzorg hebben ontvangen, terwijl in deze groep volgens de inschatting van behandelaars ook patiënten zitten bij die nog vervolgzorg nodig hebben.

- Er moet meer zicht en regie door ketenpartijen komen op de uitstroom om ervoor te zorgen dat patiënten de vervolgzorg krijgen die ze nodig hebben. Uit de cijfers blijkt dat patiënten afkomstig uit de fz die ggz nodig hebben gemiddeld iets langer wachten op een intake en behandeling in de reguliere ggz dan alle patiënten die ggz nodig hebben. Dit kan veroorzaakt worden door onbekendheid met patiënten vanuit de fz. Ook de overgang naar een ander domein met andere regelgeving en financiering kan belemmerend werken. Ook de wachttijd voor een geschikte plek speelt hierbij een rol. Samenwerking tussen aanbieders in het forensische domein en de reguliere zorg moet beter ten behoeve van de continuïteit van zorg en een betere uitstroom. Ook is het belangrijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten de onderlinge samenwerking over de financieringsschotten goed organiseren en dat het patiëntbelang voorop staat. De patiënt moet continue, passende en tijdige zorg kunnen krijgen.



Toegelicht

1. Patiëntgroepen en zorgaanbieders

Welke patiëntengroepen en zorgaanbieders zijn er?



Patiënten	Soort zorg	Zorgaanbieders	Bekostiging
Terbeschikkinggestelden (tbs'ers)	Behandeling met verblijf en begeleiding	Forensisch psychiatrische centra (fpc's) en forensische psychiatrische klinieken (fpk's)	Op basis van dbbc's, mogelijk in combinatie met zzp's
Gedetineerden die zorg tijdens detentie nodig hebben	Behandeling met verblijf, begeleiding met verblijf	Penitentiair psychiatrische centra (ppc's), aanbieders van geestelijke gezondheidszorg (ggz) en Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's)	Op basis van dbbc's
Verdachten/veroordeelden die geestelijke gezondheidszorg en/of gehandicaptenzorg nodig hebben	Behandeling en/of begeleiding met of zonder verblijf	– ggz-aanbieders – Reguliere aanbieders voor verslavingszorg – Forensisch psychiatrische klinieken (fpk's) – Forensische verslavingsklinieken (fvk's) – Forensisch psychiatrische afdelingen (fpa's) – Forensische verslavingsafdelingen (fva's) – Forensisch psychiatrische poliklinieken (fpp's) – RIBW's – VG-instellingen, waaronder SGVLG+-instellingen.	<i>Zorg met verblijf</i> Op basis van dbbc's en zzp's (vg & ggz-c) <i>Zorg zonder verblijf</i> (ambulante zorg): Op basis van extramurale parameters en dbbc's.





2. Aard delict en classificatie

De classificatie van de aard delict gebeurt aan de hand van tien clusters.

Delictclassificatie	
Cluster	Omschrijving delict
0: Preventief gehecht, Voorgenomen indicatiestelling ¹	— Er is geen definitieve uitspraak
1: Opium	— Opiumdelict
2: Licht geweld	— Belediging groep — Aanzetten tot discriminatie — Graftschennis — Wederspanningheid — Valse aangifte — Smaadschrift — Mishandeling — Vernieling
3: Vermogen & Profijt	— Schuldheling — Omkopen ambtenaar — Verduistering

¹ Dit cluster komt niet voor in BooG, maar is toegevoegd aangezien de aard van het delict voor de DBBC registratie nog niet altijd bekend is.

Delictclassificatie	
Cluster	Omschrijving delict
	— Oplichting — Flessentrekkerij — Onttrekken goederen aan beslag — Diefstal — Verduistering in dienstbetrekking — Heling — Verduistering door voogd o.d. — Gewoonteheling — Omkopen rechter — Fraude — Diefstal met braak / in vereniging — Mensenhandel — Deelname misdadige organisatie — Valsmunterij — Uitgeven vals geld — Verontreinigen lucht en bodem
4: Midden geweld	— Bedreiging — Belaging — Hulp bij zelfdoding — Mishandeling met voorbedachten rade — Wapenbezit — Intimidatie — Openlijke geweldpleging — Opruiing — Onttrekking minderjarige aan het gezag
5: Vermogen met geweld	— Diefstal met geweld — Afpersing



*

1

2

3

4

5

Delictclassificatie	
Cluster	Omschrijving delict
6: Zwaar geweld	– Vrijheidsberoving – Zware mishandeling – Zware mishandeling voorbedachten rade – Gijzeling
7: Zeden	– Kinderporno – Verleiding minderjarige tot ontucht – Ontucht met misbruik van gezag – Ontucht met een wilsonbekwame – Gemeenschap < 16 jaar – Aanranding – Gemeenschap met wilsonbekwame – Gemeenschap < 12 jaar – Verkrachting
8: Leven	– Kinderdoodslag – Kindermoord – Doodslag
9: Brand & Drinkwater	– Brandstichting – Vergiftigen van drinkwater
10: Leven extra	– Doodslag gecombineerd met een ander delict – Moord



Bezoekadres

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Telefoon: 030 – 296 81 11

Website: www.nza.nl
Twitter: [@zorgautoriteit](https://twitter.com/zorgautoriteit)

Informatielijn

Telefoon: 088 – 770 87 70
(bereikbaar tussen 09.00–17.00 uur – lokaal tarief)
E-mail: info@nza.nl

