



Continuïteit van zorg: ons een zorg?!

Op 16 november 2010 was het woord aan Karin Klaassen van de Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) en aan Janneke Patty van Verslavingszorg Noord Nederland (VNN). In het kader van de tweemaandelijksse themabijeenkomsten bij het EFP discussieerden zij met de deelnemers over de mogelijkheid om een nieuwe toezichtvariant in te voeren, gebaseerd op de Veelplegeraanpak Groningen van de VNN. Het huidige traject van de ISD-maatregel (ISD) wordt gekenmerkt door discontinuïteit. Vandaar de vraag aan de deelnemers of een nieuwe vorm van toezicht mogelijk is.

Achtergrond

Voorafgaand aan de discussie werden de deelnemers op de hoogte gesteld van de rol van de SVG en de werkmethoden van de VNN.

Schakelfunctie SVG

De Stichting Verslavingsreclassering GGZ vormt de schakel tussen justitie en zorg. Samen met de GGZ streeft de SVG naar reclasseren met zorg. Met de landelijke opdrachtgevers (Justitie, Openbaar Ministerie, DJI, RvdR, RvdK) bestaan lokale kaderafspraken over de productie. De 570 reclasseringswerkers (werkzaam bij 11 GGZ-instellingen met reclasseringerkenning) verzorgen de uitvoering. De SVG doet zowel intra- als extramurale gedragsinterventies.

De verslavingsreclassering vervult de schakelfunctie tussen de GGZ en het forensische circuit. De gedeelde deskundigheid leidt tot een goede aansluiting tussen de ketens. Verder is ook de combinatie van drang en behandeling en de lokale inbedding in bijvoorbeeld het veelplegersbeleid kenmerkend voor de verslavingsreclassering.

Door de tegengestelde uitgangspunten binnen zorg en justitie brengt de schakelfunctie ook een spanningsveld met zich mee. Veiligheid, vergelding, controle en opsluiting staan tegenover resocialisatie, behandeling, begeleiding en gedragsverandering.

ISD-maatregel

De huidige aanpak van zeer actieve veelplegers in Groningen komt voort uit de Stelselmatige Daderaanpak waarbij een OvJ, een reclasseringsambtenaar en een veelplegerrechercheur zich ontfermden over ongeveer 30 cliënten. De ongeveer 130 cliënten ontvingen extra politiedruk en behandeling. Via de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV) heeft de aanpak zich ontwikkeld tot de huidige ISD-maatregel.

De ISD is gericht op de zeer actieve veelpleger, verdacht van een misdrijf waarbij voorlopige hechtenis mogelijk is, en die in de afgelopen 5 jaar tenminste 3 maal veroordeeld is voor een vrijheidsbeperkende straf/maatregel die ten uitvoer is gelegd. De ISD is een uiterst middel van de reclassering. De rechtbank volgt het advies van de reclassering meestal op.

Veelplegeraanpak Groningen

Kenmerkend voor de veelplegeraanpak Groningen is de samenwerking tussen verschillende ketenpartners, zoals OM, politie, reclassering en woningbouw. Elke partner legt zich toe op een specifiek domein. In Groningen is het forensisch- ACT opgericht. Dit forensisch ACT-team draagt de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de hulpverlening, toezicht en begeleiding en behandeling van de cliënten. Het forensisch-ACT-team zoekt haar cliënten actief op (bemoeizorg). Het is het enige (f) or ACT waar de reclassering in het team is opgenomen. Laagdrempeligheid is van groot belang.

Andere kenmerken van de Groningse veelplegeraanpak zijn:

- Persoonsgerichte; reclasseringswerker is alternatief voor politieaandacht.
- Veelplegercasusoverleg voor continuïteit van de aanpak en trajecten.
- In adviesfase aan rechter is een plan van aanpak.
- Korte lijnen met p.i. Hoogeveen.
- Na een jaar zonder recidive na ontslag detentie/einde behandeling gaat de cliënt van de lijst.

Discussie

De verslavingsreclassering wil continuïteit bieden in de begeleidings-/behandelingstrajecten voor de ISD doelgroep. Door de ISD`er niet alleen als crimineel te zien, maar als een mens met complexe problematiek waarbij straf en zorg hand in hand gaan, wil de SVG de maatregel inzetten als schakel in de zorgketen. Het justitieel kader ISD is een externe motivator die ondersteuning en continuïteit biedt bij het neerzetten van zorgtrajecten. Door de fasering in het ISD traject (intramuraal, half open en extramuraal) zijn er overdracht momenten ontstaan waarbij meerdere partijen betrokken zijn. Dit komt de motivatie voor en de continuïteit in de trajecten niet ten goede. Een goede sluitende ketensamenwerking is voor deze doelgroep essentieel.

De ISD bestaat uit een intramurale fase (in de PI) en de extramurale fase. Tijdens de intramurale fase is er geen kader voor de reclassering. (Zie model dat als hand-out is uitgedeeld).

Deelnemers adviseren/ merken op:

- Toon de reductie in recidive aan met name richting politiek/kabinet. Gevoel veiligheid en recidivecijfers hangen namelijk niet samen. Hou dus rekening met vertraging in doorvoering.
- Advies, toezicht allemaal in eigen hand. Hoe zit het dan met afhankelijkheid ketenpartners? Bij NIFP (zit bij casusoverleg) 'onafhankelijk' indicatieadvies aanvragen voor te verwachten rechtszaak. Als het vonnis dan volgt is het werk al gedaan en kan cliënt op wachtlijst. Dat is tijdswinst!
- Houd dossierverantwoordelijkheid ondanks verloop juridische titel bij forensische zorg.
- Vooruitdenken en -handelen waar mogelijk. Goed contact met partners, bijv. met behandelinstelling, met zijn allen het beste ervan maken.
- Financiering: klinisch tegenover ambulant. Hierin moet evenwicht gezocht worden.
- Bij ISD moet behandeling worden opgedrongen, want interne motivatie is er niet.
- Duoteam: behandelaar en reclasserder die hele traject volgen als regievoerder ten behoeve van continuïteit.
- Nieuwe vorm van toezicht is een intensief samenwerkingsmodel, dat afkomstig is uit TBS en goede prognoses heeft. Vraag of dat ook zo is voor ISD. Waarschijnlijk wel, want:
 - veelvuldig contact is nodig en mogelijk
 - bij terugval volgt overleg en een time-out om terugval op te vangen door korte lijnen.

- Knelpunt: niet één lijn met instelling, twee weken een leeg bed. PI heeft laatste woord.
- Het is de oude SOV in een nieuw jasje. Het nieuwe is dat er van buiten naar binnen wordt gewerkt wat de doorstroming versterkt.
- Warme overdracht naar reguliere zorg gaat veelvuldig mis, wanneer er geen bemoeizorg is. Deze doelgroep heeft drang nodig! Er moet signalen-oppickend te werk gegaan worden, in plaats van te wachten op de rapportage van de cliënt.
- FPT-principe, dakpanconstructie vanuit zorg, waar te beginnen? ISD is goed moment (2 jaar). Dat is een antwoord op de voordeur, maar niet op de achterdeur.
- ISD 3 jaar ipv 2 jaar zou extra mogelijkheden geven.
- Veel LVg onder de doelgroep. Wat is er te doen aan hun weerbaarheid?
 - Beschermde woonomgeving
 - VNN wil begeleiding voor LVB-ers vanuit SGG
 - COVA plus
- Continuïteit is niet vanzelfsprekend als product binnen verslavingsreclassering
- Onduidelijkheid in samenwerking reclassering > Lokaal
 - Communicatie
 - OM > Zorgtraject
- Het zou mooi zijn als indicaties vanuit het ene stelsel kunnen worden overgenomen door het andere stelsel, in plaats van een nieuwe indicatie te eisen.
- Niet alleen kijken naar stelsel, maar ook op lokaal niveau naar rolverdeling, werkprocessen, voorkomen dubbelindicatie, transparantie in samenwerking.
- Nazorg: hot item. Tot nu toe echter alleen losse initiatieven, waardoor er veel dubbel werk wordt gedaan. Punt met nazorg is dat het een brede doelgroep is, bestaande uit alle ex-gedetineerden; reclassering wordt vergeten. Dominante rol voor gemeente (convenant justitie en gemeente).

Het doel van het project

Het doel van het project is om meer ISD`ers in (begeleidings)trajecten te krijgen waardoor zij aan gedragsverandering kunnen werken en/of in een situatie komen waarbij zij minder recidiveren en/of overlast veroorzaken. Het middel dat hiervoor gebruikt wordt, de FPT-ISD, verbetert de continuïteit in de (begeleidings)trajecten voor de ISD en zet in op een betere ketensamenwerking.

De begeleiding van voor, tijdens (intramurale fase, half open fase en extramurale fase) en na detentie sluit beter op elkaar aan. Tevens ondersteunt het Toezicht de behandeling van de GGZ-instelling die in de intramurale fase is opgestart waardoor het ISD-traject meer kans heeft van slagen.

De invoering van FPT-ISD intensificeert de reeds bestaande onderlinge samenwerking tussen (verslavings) reclassering, DJI en GGZ instellingen..Ketenpartners die elkaars werkwijze kennen en hun taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden helder hebben afgesproken zullen elkaar sneller weten te vinden wanneer zaken bij een cliënt anders lopen dan gepland of verwacht.

Door de verbeterde ketensamenwerking komen de trajecten voor de ISD`er beter tot hun recht. De verwachting is dat meer ISD`ers doorstromen van de intramurale fase naar de extramurale fase..

Oproep: Casus aanleveren

Mw. Carline Carlati (MvJ) maakt deel uit van een werkgroep beleidsmedewerkers van GGZ Nederland, Veiligheid en Justitie, VWS en VNG. Deze bereidt een reactie voor op de aanbevelingen van de Inspecties voor de Gezondheidszorg en Sanctietoepassing, met betrekking tot ketenzorg aan delictplegers. T.b.v. de staat van de Gezondheidszorg 2010 onderzochten beide inspecties de mate waarin volwassen delinquenten die regelmatig in

aanraking komen met Justitie en te maken hebben met psychische, psychiatrische en of verslavingsproblematiek, goede zorg ontvangen. IGZ en ISt constateren dat een integrale aanpak voor continuïteit van zorg ontbreekt; de regionale samenwerking tussen Gevangeniswezen, gemeenten en GGZ-instellingen is niet optimaal.

De werkgroep zoekt naar de mate waarin de knelpunten zich voordoen, bij welke partners en in welke situaties. De uitvoeringspraktijk kan voorbeelden aandragen; deelnemers van deze themabijeenkomst wordt verzocht concrete casus te doen toekomen aan mw. Carlati.

EFP 2010