



Procesevaluatie pilot Doorzorgfunctionaris PI

Wendy Buisse, Bram van Dijk, Daniël Hofstra en Bianca Szytniewski

Contactgegevens

24 september 2018

Bram van Dijk

bvandijk@dsp-groep.nl

06 553 923 68

Afkortingen

BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
D&R	Detentie en Re-integratie
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
Divisie GW/VB	Divisie Gevangeniswezen en Vreemdelingenbewaring (onderdeel van DJI)
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
GW	Gevangeniswezen
IFZO	Informatiesysteem Forensische Zorg
MDO	Multidisciplinair Overleg
PI	Penitentiaire Inrichting
PIW	Penitentiaire Inrichtingswerker
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
PMO	Psycho Medisch Overleg
SPV	Sociaalpsychiatrisch verpleegkundige

Inhoud

1	Inleiding	6
1.1	Aanleiding	6
1.2	Leeswijzer	7
2	Opzet van het onderzoek	8
2.1	Onderzoeksvragen	8
2.2	Methodische verantwoording	9
3	Opzet pilot doorzorgfunctionaris	13
4	Implementatie en functie doorzorgfunctionaris	20
4.1	PI Arnhem	20
4.2	PI Grave	21
4.3	PI Zaanstad	22
4.4	Overige pilots	24
5	Uitvoering en resultaten PI Arnhem	26
5.1	Instelling	26
5.2	Uitvoering	26
5.3	Resultaten	31
5.4	Aandachtspunten	31
6	Uitvoering en resultaten PI Grave	33
6.1	Instelling	33
6.2	Uitvoering	33
6.3	Resultaten	37
6.4	Aandachtspunten	38
7	Uitvoering en resultaten JC Zaanstad	40
7.1	Instelling	40
7.2	Uitvoering	40
7.3	Resultaten	44
7.4	Aandachtspunten	45
8	Conclusies	47
8.1	Invulling functie doorzorgfunctionaris	47
8.2	Hoe verloopt de uitvoering	48
8.3	Resultaten van de pilot	51
8.4	Lessen uit de pilots	51
	Literatuur	53
	Bijlage 1 Vragenlijst doorzorgfunctionarissen 3 pilot PI's	54

Bijlage 2 Vragenlijst inrichtingspsycholoog en hoofd D&R	56
Bijlage 3 Leidraad ketenpartners	58
Bijlage 4 Profiel doorzorgfunctionaris	59

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Het ministerie van Justitie en Veiligheid, onderdeel dienst Justitiële Inrichtingen, is (eind 2016 en begin 2017) in drie PI's gestart met een doorzorgfunctionaris, die de regie voert over de continuïteit van zorg van justitiabelen na detentie. De huidige groep gedetineerden wordt – sterker dan voorheen – gekenmerkt door het plegen van zwaardere delicten. Daarnaast is het een groep waarbij de zelfredzaamheid door diverse oorzaken (laagbegaafdheid, verslaving, psychiatrische problematiek) vaak negatief wordt beïnvloed. Essentieel om te voorkomen dat gedetineerden recidiveren is dat zij die zorg behoeven dit – ook na detentie – krijgen.

De continuïteit van zorg voor (ex-)gedetineerden is een vraagstuk dat al langer de aandacht heeft binnen het gevangeniswezen. In 2005 heeft het toenmalige kabinet besloten het budget voor forensische zorg uit de AWBZ te halen en over te hevelen naar het toenmalige ministerie van Justitie. Dit bracht met zich mee dat de verantwoordelijkheid voor inkoop, indicatie stelling en toewijzing van forensische psychiatrische zorg vanaf 1 januari 2007 bij het ministerie van Justitie kwam te liggen. Er zijn al meerdere signalen gegeven dat (door)zorgprocessen in detentie lang niet altijd goed verlopen. Zo blijkt uit de Vierde meting van de monitor nazorg ex-gedetineerden van het WODC (Beerhuizen, e.a. 2015) dat 25% van de gedetineerden met een zorgplan in detentie komt en dat slechts 8% de detentie verlaat met een zorgplan. Casemanagers zijn binnen de inrichtingen verantwoordelijk voor het organiseren van de re-integratie en nazorg voor gedetineerden. Zij zijn echter niet psychiatrisch geschoold en dus niet opgeleid om de doelgroep met psychische problematiek door te begeleiden naar zorg. Met het oog hierop is door het ministerie in 2016 besloten tot de pilot doorzorgfunctionaris. Een doorzorgfunctionaris is een BIG geregistreerde zorgprofessional die ervaring heeft en het begeleiden van mensen met psychische problematiek, Onder meer SPV-ers komen voor deze functie in aanmerking.

Deze pilot sluit aan bij de doelstelling van het programma 'Continuïteit van zorg': 'Een persoonsgerichte aanpak die passende zorg in aansluiting op de strafrechtelijke periode faciliteert' (zie <http://www.continuiteitvanzorg.nl>). Ook is in eerder onderzoek gewezen op het belang om de psychische zorg tijdens en na detentie beter te gaan organiseren (zie bijvoorbeeld Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen (W. Roorda en W. Buysse, DSP-groep 2016).

Op 1 december 2016 is de eerste PI (Arnhem) gestart met een doorzorgfunctionaris. Per 1 maart 2017 kwamen daar twee PI's bij (Grave, Zaanstad). Vanaf eind 2017 tot en met voorjaar 2018 zijn vier andere PI's gestart met de doorzorgfunctionaris, te weten in Alphen aan den Rijn, Dordrecht, Heerhugowaard en Leeuwarden. De pilot bij de eerste drie PI's liep tot 1 maart 2018, de drie projecten zijn daarna wel voortgezet.

Het WODC van het ministerie van Justitie en Veiligheid heeft aan DSP-groep opdracht verleend een procesevaluatie uit te voeren.

In deze evaluatie wordt nagegaan hoe de uitvoering tot dusver is verlopen en wat de eerste, voorlopige resultaten zijn (procesevaluatie). Tevens is er aandacht voor de mogelijkheden voor verbetering van de pilot c.q. de resultaten van de werkzaamheden van de doorzorgfunctionaris.

Voor het onderzoek is uit de opdrachtformulering van het WODC de volgende probleemstelling overgenomen:

- ① Op welke wijze wordt in de PI's invulling gegeven aan de functie van doorzorgfunctionaris? Welke aspecten spelen daarbij een rol? Welke verschillen en overeenkomsten zijn er tussen de PI's?
- ② Hoe verloopt het werk van de doorzorgfunctionaris? Welke aspecten spelen daarbij een rol? Welke belemmerende en bevorderende factoren zijn aanwezig?
- ③ Wat zijn de (voorlopige) resultaten van de doorzorgfunctionaris? In hoeverre bewegen deze zich in de richting van de doelen van de doorzorgfunctionaris?
- ④ Welke verbeteringen t.a.v. de doorzorg(functionaris) zijn nodig/mogelijk?

Het onderzoek is begin 2018 gestart en begin juli 2018 afgerond.

1.2 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven we de onderzoeksopzet en in hoofdstuk 3 de opzet van de pilot. De positionering en invoering van de doorzorgfunctionaris in alle PI's (dus ook de vier PI's die later met een doorzorgfunctionaris zijn gestart), beschrijven we in hoofdstuk 4. In de hoofdstuk 5, 6 en 7 zoomen we in op de drie PI's waar de pilot eind 2016/begin 2017 is gestart. We beschrijven de uitvoeringspraktijk en de (voorlopige) resultaten van de activiteiten van de doorzorgfunctionaris. Elk hoofdstuk eindigen we met een aantal aandachtspunten die betrekking hebben op de functie doorzorgfunctionaris in de betreffende PI. We sluiten het rapport af met een conclusie hoofdstuk waarin de belangrijkste bevindingen worden samengevat en we conclusies trekken over de vier onderzoeksvragen.

2 Opzet van het onderzoek

2.1 Onderzoeksvragen

Voorafgaand aan het onderzoek zijn op basis van de opdrachtformulering vier hoofdvragen geformuleerd; onder deze hoofdvragen is een aantal deelvragen ondergebracht.

Op welke wijze wordt in de PI's invulling gegeven aan de functie doorzorgfunctionaris?

- ⦿ Hoe is de doorzorgfunctionaris bij aanvang van de functie gepositioneerd?
- ⦿ Hoe is de organisatorische inbedding, aansturing en taakafbakening geregeld?
- ⦿ Welke verschillen doen zich in de PI's voor in de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de functie doorzorgfunctionaris?

Hoe verloopt de uitvoering van de activiteiten van de doorzorgfunctionaris?

- ⦿ Wordt de (door)zorg beperkt tot psychische zorg of wordt ook andere (somatische of/en maatschappelijke) zorg geregeld?
- ⦿ Welke varianten van zorg worden ingezet: doorzetten van reeds ingezette zorg, zorg ingezet tijdens detentie, zorg ingezet na detentie?
- ⦿ Voor welke doelgroepen is deze zorg bestemd?
- ⦿ Wat is de caseload of te wel het aantal casussen dat de doorzorgfunctionaris gemiddeld genomen in behandeling heeft?
- ⦿ Hoe verloopt bij het realiseren van zorg de interne samenwerking met de casemanager, het hoofd zorg, de inrichtingspsycholoog en andere medewerkers (PIW-er)?
- ⦿ Hoe verloopt bij het realiseren van zorg het contact met de gedetineerde en het sociaal netwerk van de gedetineerde?
- ⦿ Hoe verloopt bij het realiseren van zorg de samenwerking met andere organisaties zoals gemeente (nazorgfunctionaris, wijkteam, GGD), reclassering, zorgaanbieders, OM (BOPZ-officier), veiligheidshuis en huisarts?
- ⦿ Wat zijn de gevolgen van het werk van de doorzorgfunctionaris voor de werkbelasting van andere functionarissen binnen de PI? Neemt hun werkbelasting af of juist niet? Indien de werkbelasting afneemt, komen hier andere werkzaamheden voor in de plaats?
- ⦿ Welke gegevens worden door de doorzorgfunctionaris geregistreerd in welk systeem?

Wat zijn de (voorlopige) resultaten van de activiteiten van de doorzorgfunctionaris?

Met onderstaande deelvragen wordt nagegaan in hoeverre deze resultaten indicatief zijn voor het realiseren van de doelen van de doorzorgfunctionaris.

- ③ Hoeveel casussen (gedetineerden) heeft de doorzorgfunctionaris vanaf de start van de pilot tot en met voorjaar 2018 (op het moment dat het onderzoek wordt uitgevoerd) in behandeling genomen?
- ③ Voor hoeveel van deze gedetineerden is doorzorg vastgelegd in een eindrapportage? Welke vormen en varianten van zorg betreft het? Hoeveel tijd heeft het de doorzorgfunctionaris gekost om tot dit resultaat te komen en wat is de doorlooptijd geweest?
- ③ Voor hoeveel gedetineerden die in behandeling zijn genomen is het niet (geheel of gedeeltelijk) gelukt afspraken rondom de doorzorg vast te leggen? Wat zijn daar de redenen voor?
- ③ Is de in de rapportage vastgelegde doorzorg ook daadwerkelijk gerealiseerd? Zo ja, welke zorg betreft het en hoe lang heeft het geduurd voordat die zorg gerealiseerd is en heeft de doorzorgfunctionaris daar nog activiteiten voor ondernomen? Zo ja, welke zijn dat geweest? Zo nee, bij welke zorg is dat niet gelukt en waarom niet?

Welke lessen kunnen uit de pilots worden geleerd?

- ③ Welke activiteiten van de doorzorgfunctionaris verlopen naar wens van de doorzorgfunctionaris en de betrokkenen?
- ③ Bij welke activiteiten doen zich knelpunten voor en hoe kunnen deze knelpunten worden aangepakt?
- ③ Welke (andere) mogelijkheden zijn er om de resultaten van de doorzorgfunctionaris te verbeteren?

2.2 Methodische verantwoording

De procesevaluatie bestaat voor Arnhem, Grave en Zaanstad uit drie onderdelen: interviews, analyse van de registratiegegevens en casusonderzoek.

Interviews

Om een eerste beeld te verkrijgen over de begeleiding en implementatie van de pilot doorzorgfunctionaris zijn vier 'landelijke' sleutelpersonen geïnterviewd. Dit waren het hoofd psychische zorg GW/VB, de senior adviseur Zorg van DJI, de projectleider van de pilot doorzorgfunctionaris en de regiopsycholoog die het landelijk overleg van de doorzorgfunctionarissen leidt.

Vervolgens zijn interviews gehouden met professionals in de PI's die vanaf het begin mee hebben gedaan met de pilot. In het onderstaande tabel staat een overzicht van de gesprekspartners per PI.

PI	Interviewpartners	
Arnhem	Doorzorgfunctionaris Inrichtingspsycholoog Hoofd D&R	Ketenpartners Arnhem: <ul style="list-style-type: none"> - Veiligheidshuis Arnhem - Veiligheidshuis Nijmegen - Wijkteam Arnhem - Reclassering Arnhem - For You Care - Primozorg Arnhem
Grave	Doorzorgfunctionaris Inrichtingspsycholoog Hoofd D&R Directie	Ketenpartners Grave: <ul style="list-style-type: none"> - Veiligheidshuis Nijmegen - F-ACT Team - Bemoeizorg JMG - OGGZ Nijmegen
Zaanstad	Twee doorzorgfunctionarissen Inrichtingspsycholoog	Ketenpartners Zaanstad: <ul style="list-style-type: none"> - Veiligheidshuis Haarlem - F-ACT Noord Holland Noord - CS Wonen - De Waag

De vragenlijsten voor de doorzorgfunctionarissen, de inrichtingspsychologen en de hoofden D&R en de ketenpartners zijn opgenomen in de bijlagen 1 tot en met 3.

In Zaanstad heeft een gepland interview met het hoofd D&R niet plaatsgevonden omdat zij aangaf niet goed op de hoogte te zijn van de werkzaamheden van de doorzorgfunctionaris.

Registratiegegevens

De doorzorgfunctionarissen leggen informatie over hun werkzaamheden vast in USER (een elektronisch patiëntendossier) en in Excelbestanden.

Tijdens de interviews met de doorzorgfunctionarissen is gevraagd naar de geanonimiseerde Excelbestanden. Hieruit bleek dat in de Excelbestanden in de PI's van Arnhem en Grave door de doorzorgfunctionaris vanaf de start de volgende informatie is vastgelegd.

- 🕒 Op welke wijze de gedetineerde bij de doorzorgfunctionaris in beeld is gekomen.
- 🕒 Of het al dan niet gelukt is afspraken te maken met zorginstellingen over het inzetten van zorg na detentie.
- 🕒 Met welke zorginstellingen deze afspraken zijn gemaakt.

In de Excelbestanden van Grave is ook informatie vastgelegd over de aard van de problematiek waarvoor zorg geregeld moet worden.

Helaas bleek in de registraties van zowel Arnhem als Grave vaak niet duidelijk vastgelegd met welke organisatie de afspraken over zorg zijn gemaakt ; voor een groot aantal gedetineerden konden wij dat niet achterhalen. In Zaanstad bleek tijdens de interviews met de doorzorgfunctionarissen dat er geen registratie

in Excel was bijgehouden. De beide doorzorgfunctionarissen hebben op ons verzoek een registratie in Excel gemaakt van hun recente casussen, waarin is vastgelegd hoe de gedetineerde in beeld is gekomen en met welke organisaties contact is om zorg na detentie te regelen.

Een laatste beperking van de in de Excel vastgelegde informatie is dat de doorzorgfunctionarissen in alle drie PI's niet registreren of de zorg die is afgesproken ook feitelijk wordt ingezet. De doorzorgfunctionarissen doen daar vaak wel (maar niet altijd) navraag naar bij de betreffende organisatie. Soms blijkt dat de gedetineerde niet is komen opdagen of de zorg snel heeft afgebroken. In ons rapport moet 'zorg gerealiseerd' derhalve geïnterpreteerd worden als 'er zijn afspraken gemaakt met een instelling over het in zorg nemen van een gedetineerde'.

Aangezien de in Excelbestanden vastgelegde informatie een aantal beperkingen heeft, hebben wij getracht deze informatie aan te laten vullen met geanonimiseerde informatie uit USER.¹ Deze poging is gestrand. De doorzorgfunctionarissen konden zelf de afgesloten dossiers niet meer raadplegen en ook de servicedesk van USER liet weten ons geen informatie over de verleende zorg te kunnen leveren.

Casusonderzoek

Het casusonderzoek is ingezet om de succesfactoren en knelpunten rondom het realiseren van doorzorg nader te concretiseren en te illustreren. In de drie PI's zijn de Excelbestanden met de registratiegegevens van de doorzorgfunctionarissen geanalyseerd. Hierin zijn door de onderzoekers twaalf casussen geselecteerd en is daarover documentatie opgevraagd bij de doorzorgfunctionaris. Hierbij zijn zowel casussen opgenomen waarin de nazorg gerealiseerd is als casussen waarin dat niet gerealiseerd is. In de uiteindelijke rapportage is voor elke PI een aantal casussen gebruikt om bevindingen uit de andere informatiebronnen te illustreren.

Vervolgens zijn voor elke PI vier casussen uitgebreid besproken met de doorzorgfunctionaris.

Aandachtspunten in het bespreken van de casussen waren onder meer:

- 🕒 Houding van gedetineerde ten opzichte van zorg.
- 🕒 Interne en externe samenwerking.
- 🕒 Inschakelen netwerk van gedetineerde.
- 🕒 Factoren die de voortgang van activiteiten bevorderen c.q. belemmeren.
- 🕒 Registratie van activiteiten in USER.

PI's die later zijn gestart

In de vier PI's die later (eind 2017 en in de eerste helft van 2018) van start zijn gegaan zijn beknopte interviews gehouden die betrekking hebben op de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de functie doorzorgfunctionaris. In onderstaand overzicht is aangegeven met wie telefonische interviews hebben plaatsgevonden.

¹ Het is in verband met de privacywetgeving niet toegestaan dat de onderzoekers zelf gegevens uit USER zouden halen.

PI	Interview met
Alphen aan den Rijn	Inrichtingspsycholoog
Dordrecht	Doorzorgfunctionaris en inrichtingspsycholoog
Heerhugowaard	Doorzorgfunctionaris en Hoofd Zorg
Leeuwarden	Doorzorgfunctionaris

Daarnaast zijn van drie van de vier PI's (Alphen aan den Rijn, Heerhugowaard en Leeuwarden) beknopte schriftelijke beschrijvingen geraadpleegd van de wijze waarop de doorzorgfunctionaris ingezet zou worden.

3 Opzet pilot doorzorgfunctionaris

De opzet van de pilot is beschreven in het 'Projectplan pilot doorzorgfunctionaris PI versie 5.0' (Ministerie van J en V 2017) en . Het projectplan is opgesteld door de projectleider die op verzoek van de Divisie GW/VB door de afdeling Beleid van de DJI van het ministerie van J en V is aangesteld voor de pilot doorzorgfunctionaris. Dit projectplan is de belangrijkste informatiebron die voor het opstellen van dit hoofdstuk is gebruikt. Het betreft dus de voorgenomen opzet van de pilot, in de latere hoofdstukken zal blijken dat de uitvoering in praktijk op enkele punten anders is. Daarnaast is gebruik gemaakt van de resultaten van een interview dat gehouden is met de projectleider en drie andere landelijke sleutelpersonen van DJI die bij de opzet, implementatie en begeleiding van de pilot betrokken zijn.

Landelijke projectgroep

Augustus 2016 vindt de eerste vergadering plaats van de landelijke projectgroep doorzorgfunctionaris. In deze projectgroep nemen naast de landelijke projectleider (voorzitter) de vestigingsdirecteuren en de hoofden zorg van de drie (reeds geselecteerde) PI's en een aantal landelijke sleutelpersonen van DJI en het ministerie van J en V deel. Op grond van variatie in de doelgroepen van de PI en geografische kenmerken zijn door DJI drie PI's geselecteerd die vervolgens zijn benaderd met de vraag of zij deel wilden nemen aan de pilot.

De hoofden D&R van de PI's die leiding geven aan de casemanagers, maken geen deel uit van deze projectgroep.

Uit de verslagen blijkt dat de projectgroep zich in de eerste maanden bezig houdt met de voorbereiding van de pilot, onder meer door middel van het bespreken van conceptversies van het projectplan en het functieprofiel voor de doorzorgfunctionarissen.

Het projectplan versie 5.0 wordt definitief vastgesteld in februari 2017; in de PI Arnhem is de doorzorgfunctionaris dan al gestart. Vanaf begin 2017 wordt in de landelijke projectgroep de voortgang in de drie PI's besproken, waarbij de aandacht onder meer uitgaat naar de taakafbakening en het (aanpassen van) het functieprofiel van de doorzorgfunctionarissen. Een tweede concept (zie bijlage 4) van het functieprofiel doorzorgfunctionaris dateert van 10 juli. In de tussentijd zijn ook de doorzorgfunctionarissen in Grave en Zaanstad gestart. In de projectgroep wordt een notitie 'Verheldering, bijstelling en inbedding DZF' van 25 juli 2017 besproken. De reden dat deze notitie is opgesteld is gelegen in de constatering dat:

'Met name het directe werken onder de verantwoordelijkheid van de Inrichtingspsycholoog en de rol van het Psycho Medisch Overleg vragen nadere uitleg en bijstelling. Doelstelling, toegeleiding, hiërarchische en functionele sturing en rollen zoals; functioneren en positie nemen in de ketensamenwerking, en de samenwerking en afgrenzing met de Casemanagers blijven ongewijzigd zoals weergegeven in het 'Projectplan DZF.'

Doelstellingen

In het projectplan van de pilot doorzorgfunctionaris zijn de volgende doelstellingen opgenomen:

- ② (Passende) zorgtrajecten realiseren voor gedetineerden die dit nodig hebben.
- ② Een goede aansluiting tussen het zorgsysteem binnen en buiten het gevangeniswezen.

We tekenen hierbij aan dat zowel uit het projectplan als uit de opdrachtformulering van het WODC blijkt dat de pilot ook een belangrijke leerdoelstelling heeft. Er moeten lessen getrokken worden uit deze pilot over hoe de passende zorg en de aansluiting met het zorgsysteem binnen en buiten het gevangeniswezen kan worden gerealiseerd en over de wijze waarop en de condities waaronder de doorzorgfunctionaris daaraan een goede bijdrage kan leveren. Deze leerdoelstelling is terug te vinden in de onderzoeksvragen.

Ten behoeve van deze leerdoelstelling is er ook voor gekozen om de pilot te laten plaatsvinden in drie penitentiaire instellingen, die verschillen vertonen onder meer wat betreft de populatie gedetineerden en de grootte van de inrichting.

Doelgroep en doorzorg

De doelgroep en doorzorg worden in het projectplan als volgt beschreven:

'Gedetineerden met psychische problematiek (in brede zin, dus inclusief verslaving, LVB en overige) voor wie – op behandelinhoudelijke gronden en in het kader van een veilige terugkeer in de samenleving – een doorzorgtraject geïndiceerd is. Dit doorzorgtraject kan onder andere bestaan uit (ambulante of klinische) behandeling bij GGZ en/of Verslavingszorg en Beschermd of Begeleid Wonen. Deze doorzorg zal ingebed zijn in het bredere re-integratietraject dat vanwege Justitie (de PI, Reclassering, Veiligheidshuis) wordt voorbereid en daartoe afgestemd met relevante actoren die bij de re-integratie betrokken zijn. Het doorzorgtraject kan (maar hoeft niet) onderdeel uitmaken van een penitentiair programma (TR, VI) en de zorg kan worden gefinancierd vanuit het forensisch stelsel, dan wel vanuit WMO/WLZ-gelden. Bij de voorbereiding van dit doorzorgtraject wordt zorgvuldig aangesloten bij eventueel lopende behandel- of begeleidingstrajecten en wordt geborgd dat deze trajecten (indien kansrijk) tijdens en na detentie worden gecontinueerd.'

Op grond van de laatste zin van deze beschrijving kan geconcludeerd worden dat bij doorzorg drie 'varianten' te onderscheiden zijn:

- 1 Continuering van zorg die de gedetineerde al had.
- 2 Starten van zorg al tijdens detentie en regelen dat die zorg goed doorloopt na detentie.
- 3 Regelen van (aanvullende) zorg na detentie.

Ook zou een combinatie van doorzetten van bestaande zorg en het inzetten van nieuwe zorg mogelijk kunnen zijn. Overigens gaat in het functieprofiel de meeste aandacht uit naar de derde variant: het regelen van zorg na detentie.

De functie doorzorgfunctionaris

In het projectplan is uitgebreid beschreven hoe de projectgroep de invulling van de functie doorzorgfunctionaris voor zich ziet. De volgende onderdelen zijn overgenomen uit het projectplan; op enkele passages hebben wij een korte toelichting toegevoegd in een tekstkader.

In het projectplan is vastgelegd dat de doorzorgfunctionaris de volgende taken heeft.

- ③ Informatie over de gedetineerde ophalen uit de zorgketen ten behoeve van screening, voorgeschiedenis en heteroanamnese;
- ③ Op verzoek van PMO en onder aansturing van regiebehandelaar hebben van begeleidingscontacten met gedetineerde gericht op het motiveren tot de doorzorg;
- ③ Geven van (bejegening)adviezen en afstemming in MDO t.b.v. D&R-plan;
- ③ Organiseren doorzorg (veelal in directe afstemming met gemeente, GGZ, hulpverlening en zo nodig forensische indicatiestelling);
- ③ Afstemming met externe zorgaanbieders en reclassering;
- ③ Regie op casemanagement bij PMO-patiënten;
- ③ Extern netwerkoverleg in afstemming met casemanager (veiligheidshuis, forensisch netwerk etc.).

In de uitwerking van deze taken blijkt dat als een gedetineerde bij de doorzorgfunctionaris is aangemeld er een korte screening moet plaatsvinden door de doorzorgfunctionaris of inrichtingspsycholoog, die gericht is op het completeren van het dossier en een globale eerste beoordeling van aard en ernst van de (sociaal) psychische problematiek, de hulpvraag en motivatie van de gedetineerde.

Kwalificaties, competenties en profiel van de DZF

- ③ BIG-professional, psychiatrisch geschoold
- ③ Kennis van psychiatrische toestandsbeelden en onderliggende stoornissen
- ③ Kennis van en ervaring met sociaalpsychiatrische begeleiding van de doelpopulatie
- ③ Kennis van en ervaring met steunende, structurerende en motiverende begeleiding
- ③ Overzicht over de sociale kaart (blik naar buiten)
- ③ Kennis van strafrechtelijk kader (forensisch stelsel, penitentiaire programma's)
- ③ Goede netwerkvaardigheden
- ③ Goede teamspeler
- ③ Praktisch en hands-on georiënteerd

De doorzorgfunctionarissen zijn zorgprofessionals, die geregistreerd zijn in het kader van de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg). Ze zijn daarom bevoegd om informatie, ook medische informatie, uit te wisselen met belangrijke partners als de GGZ. De doorzorgfunctionaris is meestal een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, maar kan ook een andere BIG-geregistreerde zorgprofessional zijn, zoals een psychiatrisch verpleegkundige.

Zie voor het volledige (bijgestelde) functieprofiel van de doorzorgfunctionaris bijlage 4.

Positionering DZF in de PI en professionele inbedding

De DZF werkt onder verantwoordelijkheid van de inrichtingspsycholoog/voorzitter Psycho Medisch Overleg (PMO) en neemt deel aan het PMO. Dat betekent dat de DZF functioneel wordt aangestuurd door de inrichtingspsycholoog. De caseload en individuele aanpak voor de cliënt wordt in afstemming met de inrichtingspsycholoog bepaald en in het PMO besproken/inhoudelijk afgestemd.

Net als de psycholoog valt de DZF hiërarchisch onder het hoofd Zorg. Het hoofd Zorg is daarmee verantwoordelijk voor operationele aansturing, organisatorische inbedding in de PI. Positionering van de DZF in de (forensische) zorgketen is hiernaast een directie verantwoordelijkheid.

Om iedere gedetineerde de juiste zorg te kunnen geven, is er in iedere Penitentiaire Inrichting een Psycho-Medisch Overleg (PMO). Dit overleg bestaat uit één of meer psychiaters, psychologen, artsen en justitieel verpleegkundigen. Samen bepalen en coördineren zij de zorg die gedetineerden ontvangen, tijdens de detentie en eventueel daarna. De zorgprofessionals in de inrichtingen voeren de besluiten van het PMO uit. Als bij de Inkomsten-, Screening- en Selectieprocedure blijkt dat een gedetineerde zorg nodig heeft, dan wordt hij aangemeld bij het PMO. Het PMO bepaalt vervolgens welke zorg de gedetineerde zou moeten krijgen, en op welke plaats.

Afstemming en afbakening taken DZF en casemanager

Bij de uitvoering van de taken werkt de DZF (onder meer) nauw samen met de casemanagers in de PI. De casemanager is verantwoordelijk voor de re-integratie van gedetineerden vanuit de PI (ID-bewijs, werk & inkomen, zorg(verzekering), huisvesting, schulden). Inzake psychiatrische cliënten die onder de aandacht zijn van het PMO, stemmen de DZF en de casemanager zorgvuldig af over het gewenste traject. Wanneer de casemanager een cliënt heeft die nog niet bekend is bij het PMO, maar waarbij de casemanager wel psychische problematiek vermoedt, zal de casemanager zelf - conform de reguliere verwijsprincipes - de cliënt onder de aandacht brengen van het PMO/DZF. Het basisprincipe is dat voor cliënten die in behandeling zijn genomen door leden van het PMO, de zorg leidend is bij het bepalen van het re-integratietraject (uiteraard binnen de penitentiaire en juridische kaders). De casemanager en de DZF stemmen af over eventuele informatie vanuit D&R en Reclassering. De DZF/het PMO betreft deze informatie bij het uittekenen van het gewenste zorgtraject.

Ten aanzien van de uitvoering van de re-integratie maken casemanager en DZF een duidelijke taakverdeling. Daarbij geldt als uitgangspunt dat de casemanager verantwoordelijk blijft voor de uitvoering van zijn taken op de vijf basisvoorwaarden (zie tekst in kader), tenzij anders overeengekomen. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan met motiveren van cliënt voor behandeling, het indiceren en verwijzen voor psychische zorg, de afstemming met overige GGZ-instellingen, de cliëntbegeleiding en de overdracht. Ook blijft de casemanager verantwoordelijk voor de representatie in de keten (en de algemene keten brede casuïstiek-overleggen), zij het dat de casemanager specifiek psychiatrische cliënten onder aandacht zal brengen van de DZF en/of zich bij overleggen ten aanzien van specifiek die doelgroep kan laten vervangen door de DZF.

Het realiseren van een kwalitatief goed zorgtraject voor de gedetineerden behoort tot de basisvoorwaarden voor de re-integratie van (ex-)gedetineerden in de maatschappij. DJI benoemt de volgende vijf basisvoorwaarden.

- ① een geldig identiteitsbewijs (identiteitskaart of paspoort);
- ① onderdak na ontslag uit detentie;
- ① inkomen uit werk of een (tijdelijke) uitkering om na ontslag uit detentie in het eerste levensonderhoud te kunnen voorzien, en indien arbeid niet beschikbaar is, een vorm van dagbesteding;
- ① inzicht in schuldenproblematiek;
- ① het vaststellen van zorgbehoeften en (indien van toepassing) het zorgen voor een passende indicatie en het realiseren van (continuïteit van) zorg.

De casemanagers zijn degenen die de gedetineerden begeleiden in deze vijf basisvoorwaarden. De gedetineerden die inhoudelijke zorg nodig hebben, worden ook door de doorzorgfunctionaris begeleid die voor hen een zorgtraject opzet.

Standaardverrichtingen, dossiervoering en managementinformatie

Binnen het PMO werken psycholoog en psychiater met een verrichtingensystematiek. Deze is tevens uitgewerkt voor de DZF. Dat betekent dat alle psychische zorgdisciplines binnen GW/VB met dezelfde verrichtingensystematiek werken. De DZF werkt met standaardverrichtingen en legt deze vast in het elektronisch patiëntendossier (EPD). Door te werken met standaardverrichtingen ontstaat er inzicht (managementinformatie) in de caseload van de DZF, de werklust van de direct cliëntgebonden zorg en de opbrengst van de doorzorgactiviteiten.

Functiebegeleiding en functiebegeleidingsgroep

Binnen de PI werkt de DZF onder hiërarchische aansturing van het hoofd Zorg, maar onder directe inhoudelijke aansturing van de inrichtingspsycholoog/regiebehandelaar. Daarmee wordt tegemoet gekomen aan de principes van het Regiebehandelaarschap, zoals is vastgelegd in het professioneel statuut GW/VB en dat is voorbehouden aan een GZ-psycholoog, psychiater of arts.

De functionele aansturing van de psychologen en het PMO wordt vormgegeven door het Landelijk Hoofd Psychische Zorg DJI. In lijn hiermee zal ook functionele sturing op de DZF vorm worden gegeven. Hierbij is een Regiopsycholoog betrokken. Daartoe zal het Landelijk Hoofd Psychische Zorg een functiebegeleidingsgroep Psychische Doorzorg inrichten. Deze functiebegeleidingsgroep zorgt voor inhoudelijke toelichting bij dit verrichtingenportfolio en de wijze waarop daarmee te werken. Tevens zorgt de functiebegeleidingsgroep voor landelijke en lokale periodieke bijeenkomsten, waarop praktijkervaringen worden besproken, knelpunten worden geanalyseerd en waar mogelijk opgelost. Best practices worden

gedeeld en de caseload aan de hand van de verrichtingenregistratie wordt gemonitord. Het doel van deze groep is dan 'werken vanuit dezelfde professionele taakopvattingen/attitude' en 'van elkaar leren'. Uit onze evaluatie blijkt dat de functionele aansturing van de doorzorgfunctionaris feitelijk vrijwel uitsluitend heeft plaatsgevonden in de landelijke bijeenkomsten van de doorzorgfunctionarissen, onder leiding van een regiopsycholoog. Er is dus vooral sprake geweest van begeleiding en functieontwikkeling vanuit het landelijke niveau.

Tussentijdse evaluatie

In de tussentijdse evaluatie van 14 juni 2017 die door de projectleider is opgesteld, wordt over de resultaten van de pilot het volgende geconstateerd.

'Hoewel de periode nog kort is, zien we in het algemeen dat de doorzorgfunctionarissen hun plek makkelijk vinden binnen de PI's en dat het werk letterlijk voor het oprapen ligt. Ook zien we dat de doorzorgfunctionarissen succesvol zijn in het regelen van doorzorg voor hun klanten. Omdat dit succesvol blijkt valt te overwegen om, in het geval hier nog middelen voor beschikbaar zijn, de pilot met een of meer inrichtingen uit te breiden voor de duur van het einde van het project (maart 2018). Er zijn een tweetal inrichtingen (Dordrecht en Leeuwarden) die zich hiervoor al hebben gemeld.'

'Er zijn ook diverse aandachtspunten en knelpunten gesignaleerd die niet in het kader van deze pilot kunnen worden opgelost, namelijk:

- Voor gedetineerden wordt de zorgverzekering opgeschort, wat soms het regelen van doorzorg die vanuit de zorgverzekering moet worden bekostigd hindert.*
- Voor veel zorg is een eigen bijdrage geregeld, wat voor gedetineerden met een minimuminkomen een struikelblok vormt en de motivatie om zorg te accepteren belemmert.*
- Er is veel verschil in regelgeving bij gemeenten bijvoorbeeld met betrekking tot de WMO. Dat betekent dat de DZF per gemeente waar mee samengewerkt moet worden moet uitzoeken hoe ondersteuning in het kader van de WMO geregeld moet worden. Dat kost veel tijd.'*

Interview met landelijke sleutelpersonen

Tijdens dit interview zijn door de geïnterviewden over het proces van invoering de volgende constatering gedaan:

- 🕒 Er was al eerder geconstateerd dat er binnen PI's behoefte was aan een medewerker die er voor zou zorgen dat (meer) gedetineerden tijdens of na detentie psychische zorg krijgen. Er was dus zeker draagvlak voor de pilot en sommige PI's hadden al initiatieven opgezet om deze functie te gaan vervullen.

- De functie doorzorgfunctionaris moet goed worden geïmplementeerd in de PI's. Dit is nog niet het geval in alle instellingen. Er zijn verschillen tussen de PI's over de taakafbakening en meerwaarde van de doorzorgfunctionaris. De doorzorgfunctionaris moet niet worden gezien als bedreiging maar als aanvulling. De directe leidinggevende moet daarin een rol spelen, maar ook de directie moet hierbij betrokken zijn en op de hoogte zijn hoe het in de eigen inrichting aan toe gaat. Sturing op locatie is daarom erg belangrijk. De pilot is centraal opgezet vanuit het hoofdkantoor, maar wordt decentraal toegepast. Dit heeft er bij de implementatie toe bijgedragen dat er verschillende inzichten bestonden over de positionering en taakafbakening van de doorzorgfunctionaris.
- De positionering is belangrijk en kan verschillen per instelling. De directie speelt hierbij een rol. In één instelling is de doorzorgfunctionaris bijvoorbeeld goed ingezet en geïntroduceerd door de directie, terwijl in een andere instelling de functie nog geen duidelijke plek heeft gekregen omdat het wordt gezien als een tijdelijke positie (pilot). Wanneer de tijdelijkheid te veel wordt benadrukt, wordt de positie van de doorzorgfunctionaris verzwakt. Bovendien heeft dit ook invloed op de samenwerking met de casemanagers en psychologen. Men komt dan minder snel tot elkaar.
- Met de komst van de doorzorgfunctionaris wordt de werkbelasting van de casemanagers en psychologen verminderd en ontstaat er meer ruimte voor hun eigen taken. Dat wat eerder bleef liggen bij de casemanagers en psychologen wordt nu opgepakt door de doorzorgfunctionaris. De doorzorgfunctionaris gaat naar de gedetineerden toe en kan dieper ingaan op de achtergrond van hun problematiek. Er is sprake van kwaliteitsverbetering van de zorg voor gedetineerden. Afstemmingsmomenten en goede samenwerking tussen doorzorgfunctionaris en psychologen en casemanagers zijn daarbij belangrijke voorwaarden.

Vanaf begin mei 2017 tot mei 2018 zijn er vier bijeenkomsten geweest van de functiebegeleidingsgroep met een toenemend aantal doorzorgfunctionarissen. Inmiddels zijn ook de pilots in andere PI's gestart. Vanaf mei 2018 vinden deze bijeenkomsten maandelijks plaats. De regiopsycholoog die deze bijeenkomsten leidt, heeft hierover het volgende oordeel:

'Ondanks de onduidelijkheden in het proces (en soms ook over de positie binnen de betreffende inrichting) heeft zich ondertussen een groep gevormd die voortvarend en zeer zinvol zaken aanpakt en een duidelijke aanvulling is binnen de psychomedische teams. Het, onder andere, zoeken naar afstemming, plek in de organisatie en het veld van ketenpartners, inhoudelijke casuïstiek en bespreken van duidelijke taakstelling worden als zeer nuttig ervaren.'

4 Implementatie en functie

doorzorgfunctionaris

In dit hoofdstuk gaan we per inrichting in op de invulling van de functie van de doorzorgfunctionaris aan de hand van de eerste twee onderzoeksvragen:

- ⦿ Hoe is de doorzorgfunctionaris bij aanvang van de functie geïntroduceerd en gepositioneerd?
- ⦿ Hoe is de organisatorische inbedding, aansturing en taakafbakening geregeld?

Naast de pilots Arnhem, Grave en Zaanstad nemen we ook de ervaringen mee van de vier inrichtingen waar de doorzorgfunctionarissen later zijn gestart.

4.1 PI Arnhem

Introductie en positionering van de doorzorgfunctionaris

In november 2016 is de PI Arnhem gestart met de pilot ‘Doorzorgfunctionaris’. De introductie van de doorzorgfunctionaris is als ongecompliceerd ervaren door de geïnterviewden. Het hoofd D&R heeft aangegeven, dat de communicatie vanuit de landelijke projectgroep over de pilot en de taken van de doorzorgfunctionaris beperkt is geweest.

De eerste doorzorgfunctionaris (SPV'er) was afkomstig uit de PPC Vught. Zij kende de populatie en de meest voorkomende zorgproblematiek in een PI.

De inrichtingspsycholoog is direct, na de aanstelling van de doorzorgfunctionaris, kennis gaan maken met de instellingen en ketenpartners, waarmee zij zou gaan samenwerken. Ook intern is zij geïntroduceerd bij de verschillende afdelingen en de casemanagers van de PI Arnhem.

De functie is ondergebracht bij het hoofd Zorg. Inrichtingsbreed is dit intern gecommuniceerd naar alle disciplines.

September 2017 is de eerste doorzorgfunctionaris weggegaan. Kort daarna is een nieuwe doorzorgfunctionaris aangesteld, afkomstig van het project Wijkteam Arnhem.

Organisatorische inbedding, aansturing en taakafbakening

De inrichtingspsycholoog is het aanspreekpunt voor de dagelijkse afstemming van de doorzorgfunctionaris. In het PMO wordt de dagelijkse taakinfilling van de doorzorgfunctionaris grotendeels afgestemd.

Ten tijde van de eerste doorzorgfunctionaris was er geen afstemming rond de afbakening van taken met de casemanagers. Over de taakafbakening tussen de huidige doorzorgfunctionaris en de casemanagers zijn de meningen verdeeld. De huidige doorzorgfunctionaris en de inrichtingspsycholoog zijn van mening dat dit naar wens verloopt. Het hoofd D&R geeft aan dat de eerste doorzorgfunctionaris niet alleen in het PMO, maar ook incidenteel deelnam aan het Multi Disciplinair Overleg (MDO). In dit overleg komen medewerkers van verschillende disciplines wekelijks, dan wel tweewekelijks, bij elkaar. In deze overleggen bespreken zij

het D&R-plan van de gedetineerde en wordt afgestemd welke activiteiten de gedetineerde kan of dient te volgen. Volgens het hoofd D&R is het wenselijk dat essentiële informatie, over gedetineerden die het betreft, in dit overleg worden gedeeld. Dat komt de afstemming tussen doorzorgfunctionaris en casemanagers ten goede.

Er bestaat bij geïnterviewden verschil van inzicht over de taakafbakening van de doorzorgfunctionaris, met name in relatie tot de taken van de casemanager. Het hoofd D&R vindt het wenselijk om dit inzichtelijk te krijgen, want momenteel worden bijv. gedetineerden ook door de casemanagers doorgeleid naar forensische- en/of verslavingsklinieken. Haar voorkeur gaat uit om reguliere trajecten op te laten pakken door casemanagers en de zorgtrajecten door de doorzorgfunctionaris.

De inrichtingspsycholoog en doorzorgfunctionaris vinden dat zorgplaatsingen tot de taken van de doorzorgfunctionaris behoort. Dit conform de taakomschrijving van de doorzorgfunctionaris in het projectplan.

4.2 PI Grave

Introductie en positionering van de doorzorgfunctionaris

De PI werd vanuit het hoofdkantoor benaderd om mee te doen met de pilot in het bijzonder vanwege de doelgroep arrestanten. De directie zag de pilot in eerste instantie als een mogelijke manier om de knelpunten (waaronder financiering) die zich voordoen in het realiseren van nazorg voor gedetineerden bij het verlaten van de PI op te lossen. De doorzorgfunctionaris werd in december 2016 geworven en startte in het voorjaar 2017. Hij is SPV'er en werkte voorheen in een JJI. Op dat moment was er nog geen definitieve profielbeschrijving van de doorzorgfunctionaris door de landelijke projectgroep vastgesteld. De doorzorgfunctionaris is goed opgevangen door de toenmalige regiopsycholoog en het hoofd Zorg kende de doorzorgfunctionaris van eerder contact. Echter het inwerken en de kennismaking met de organisatie en casemanagers en de PIW'ers was beperkt. De doorzorgfunctionaris is zelf aan de slag gegaan met het zich eigen maken van de terminologie, het leggen van contacten binnen en buiten de PI en de afstemming met de casemanagers en andere functionarissen. Praktische zaken als een vaste werkplek en een werktelefoon waren bij aanvang van de functie nog niet op orde. Toegang tot het USER systeem was wel geregeld.

Bij de start van de pilot is volgens de geïnterviewden de interne communicatie in de PI over de rol en inhoud van de functie niet goed verlopen. D&R is niet goed meegenomen in zowel het projectplan als de introductie van de nieuwe functie. Dit bemoeilijkte de afstemming tussen de hoofden D&R en Zorg. De introductie van de doorzorgfunctionaris verliep moeizaam mede door onduidelijkheid over de positie van de doorzorgfunctionaris ten opzichte van de casemanagers. Er was geen duidelijk profiel voor de doorzorgfunctionaris bij de start van de pilot en geen eenduidige visie op de rollen en taken van de doorzorgfunctionaris en de casemanagers.

Zowel de doorzorgfunctionaris als de inrichtingspsycholoog vinden het een gemis dat de landelijke projectleiding niet prominenter aanwezig is geweest in de implementatie van het projectplan.

Organisatorische inbedding, aansturing en taakafbakening

De dagelijkse aansturing vindt plaats door de psychologen en in het PMO, waar ook de doorzorgfunctionaris aan deelneemt. In het wekelijkse PMO wordt de casuïstiek besproken en vindt de taakverdeling plaats. De gedetineerden met een vermoeden van (psychiatrische) problematiek en een behoefte aan zorg worden in eerste instantie door de psychologen beoordeeld. Wanneer iemand gemotiveerd moet worden voor behandeling na detentie dan wordt de doorzorgfunctionaris ingezet.

Uit de interviews blijkt dat het hoofd D&R enerzijds en de doorzorgfunctionaris en inrichtingspsycholoog anderzijds een verschillend beeld hebben op welke taken met betrekking tot continuering zorg bij de casemanagers horen en welke bij de doorzorgfunctionaris. Volgens het hoofd D&R zou de doorzorgfunctionaris zich moeten richten op de ernstige problematiek waarbij de zorgvraag wordt vastgesteld en geïndiceerd. De doorzorgfunctionaris gaat uit van het standpunt dat alle inhoudelijke taken gerelateerd aan zorg, zoals contacten met de GGZ en huisarts, onder de doorzorgfunctionaris vallen.

Bepaalde inhoudelijke taken gerelateerd aan zorg, zoals het contact leggen met de GGZ of de huisarts van een gedetineerde, werden voor de start van de pilot door de casemanagers gedaan. Informatieoverdracht met betrekking tot medische gegevens van gedetineerden mag officieel echter alleen met BIG-geregistreerde professionals. De rechtstreekse contacten tussen casemanagers en GGZ instellingen zorgden er soms voor dat de psychologen niet op de hoogte waren van bepaalde zorgproblematiek van de gedetineerden en de casemanagers wel, aldus de psycholoog en doorzorgfunctionaris. Een oorzaak daarvan is dat de GGZ en andere zorgaanbieders geen goed zicht hebben op de functie van de casemanagers. In de GGZ is een casemanager BIG-geregistreerd. In de praktijk blijkt dat zij soms informatie delen met casemanagers van de PI die eigenlijk alleen gedeeld mag worden met BIG-geregistreerde professionals zoals gezondheidszorgpsychologen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Doordat er geen duidelijk beeld was over de bevoegdheden van de doorzorgfunctionaris en de casemanagers en er geen goede afstemming was tussen beide functionarissen is frictie ontstaan. Er wordt gewerkt aan het verbeteren van de afstemming en communicatie tussen de psychologen en de doorzorgfunctionaris enerzijds en de casemanagers anderzijds.

4.3 JC Zaanstad

Introductie en positionering van de doorzorgfunctionaris

Op dit moment zijn er vijf doorzorgfunctionarissen actief in het justitieel complex Zaanstad. Drie doorzorgfunctionarissen zijn werkzaam in het Gevangeniswezen de twee andere doorzorgfunctionarissen voor het Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC).

De doorzorgfunctionarissen die voor dit onderzoek gesproken zijn, waren niet vanaf de start van de pilot werkzaam als doorzorgfunctionaris en zijn op dit moment als doorzorgfunctionaris gepositioneerd bij de gevangenis van de PI. Eén van deze doorzorgfunctionarissen wordt gedetacheerd vanuit een zorginstelling. De geïnterviewde psycholoog was al wel werkzaam bij de PI ten tijde van de start van de pilot.

De PI Zaanstad startte al bij de opening van de JC Zaanstad in 2016 met de invoering van de functie doorzorgfunctionaris, dus voor de start van de landelijke pilot. Er is afgesproken een team van 5 SPV-ers te formeren die in het JC Zaanstad de doorzorg zou gaan doen. Dit is ook zo in het formatie-bezettingsoverzicht opgenomen. Door de projectleider Zorg en behandeling (tevens de projectleider van de invoering van de doorzorgfunctionaris) in JC Zaanstad is aangegeven dat de functie is geïntroduceerd als een nieuwe functie die past binnen het stepped care concept en waarvan de inbedding nog moest worden vastgesteld. Het was vanaf de start de bedoeling dat de doorzorgfunctionaris gaandeweg de functie vorm zou geven en met de interne samenwerkingspartners (psycholoog, casemanagers) verbindingen zou gaan leggen. Pas later kwam vanuit de landelijke projectgroep het document waarin de taakomschrijving van de doorzorgfunctionaris is opgenomen. Tegen deze achtergrond is het begrijpelijk dat de geïnterviewde psycholoog van mening is dat bij de medewerkers van de PI en de doorzorgfunctionaris niet voldoende duidelijk hoe deze functie ingevuld zou moeten worden. Volgens de psycholoog is er vanuit de beleidsdirectie in Den Haag weinig begeleiding geweest toen de functie van doorzorgfunctionaris werd geïntroduceerd. De communicatie over de komst van de doorzorgfunctionaris was ook intern binnen de PI niet goed geregeld. Zo was de psycholoog niet op de hoogte van de komst van de doorzorgfunctionaris in de gevangenis van Zaanstad. De projectleider Zorg en Behandeling geeft daarbij aan dat zeker in de begintijd van het JC Zaanstad communicatieproblemen breed binnen de organisatie speelden en niet alleen rond de functie van doorzorgfunctionaris. Bij de introductie van nieuwe doorzorgfunctionarissen wordt inmiddels gebruik gemaakt van de ervaringen van de al langer in JC Zaanstad werkzame doorzorgfunctionarissen. Zo loopt een nieuwe doorzorgfunctionaris met een werkzame doorzorgfunctionaris mee voordat zijn dienstverband is ingegaan.

Organisatorische inbedding, aansturing en taakafbakening

De dagelijkse aansturing vindt plaats door de psychologen en in het PMO, waar ook de doorzorgfunctionarissen bij aanwezig zijn. Hier worden de casuïstiek en de taken voor de dag besproken en verdeeld. De doorzorgfunctionarissen doen vaak ook de eerste screening bij gedetineerden waarbij psychische problematiek wordt verondersteld en spreken dat vervolgens door met de inrichtingspsycholoog. Daarnaast is er ook een periodiek werkoverleg van doorzorgfunctionarissen met de projectleider Zorg en Behandeling en het hoofd behandeling..

De taakafbakening was bij de start van de pilot niet duidelijk, zowel voor de eerste doorzorgfunctionaris als voor de inrichtingspsychologen als voor de casemanagers. Gaandeweg werd de taakafbakening helder en op dit moment is dat duidelijk voor alle beroepskrachten. Er is sprake geweest van een organische groei, zoals ook bij de start van de doorzorgfunctionarissen in het JC Zaanstad de bedoeling is geweest.

De projectleider Zorg en Behandeling is de leidinggevende (op HRM gebied) van de doorzorgfunctionaris, de inhoudelijke aansturing van de doorzorgfunctionaris is een verantwoordelijkheid van het Hoofd behandeling. Ook de psychologen worden door het hoofd Behandeling aangestuurd. Mogelijk draagt deze scheiding tussen de leidinggevende rol op HRM gebied en de inhoudelijke aansturing soms bij tot communicatie stoornissen die met name door de geïnterviewde psycholoog en een van de geïnterviewde doorzorgfunctionarissen worden ervaren. Zo was de komst van een nieuwe doorzorgfunctionaris nog niet

bekend bij de door ons geïnterviewde psycholoog. Tijdens de lunch die de onderzoekers hadden met de doorzorgfunctionaris en de toekomstige doorzorgfunctionaris werd deze laatste voorgesteld aan de verraste psycholoog.

4.4 Overige pilots

Pilot PI Alphen aan den Rijn

In april 2018 startte de doorzorgfunctionaris in deze PI. De doorzorgfunctionaris werkte eerder bij de Medische Dienst in de PI en kent het werkveld binnen de PI. De PI wilde graag een doorzorgfunctionaris omdat er veel taken met betrekking tot nazorg niet konden worden opgepakt. De doelgroep van de PI betreft vooral arrestanten. Hierbij moet snel gehandeld en doorgesproken worden wat betreft doorzorg. Het plaatsvervangend hoofd Zorg is betrokken geweest bij het opzetten van de pilot in de PI. Hierbij is specifieke aandacht gegeven aan een bewuste invulling en taakafbakening van de doorzorgfunctionaris en is overleg met het hoofd D&R geïnitieerd. Omdat de doorzorgfunctionaris net is begonnen, kan weinig gezegd worden over de caseload en de taakinvoering. Er is enige sturing, maar geen inwerkprogramma. Het vormgeven van de functie lijkt bij de doorzorgfunctionaris te liggen. Interne samenwerking en het contact met de casemanagers binnen de PI moet nog vorm krijgen. In eerste instantie ligt de focus van de doorzorgfunctionaris op de contacten intern om vervolgens het externe netwerk op te zetten.

Pilot PI Dordrecht

Op 1 december 2017 is in de PI Dordrecht van start gegaan met een doorzorgfunctionaris in opleiding. Een van de verpleegkundigen uit de eigen organisatie is gestart met de opleiding tot SPV-er. In een breed zorgoverleg zijn ter voorbereiding op de start de nieuwe functie en bijbehorende taken toegelicht. Tevens zijn afspraken gemaakt over de toeleiding van gedetineerden. Ook heeft ter voorbereiding een afstemmingsoverleg plaatsgevonden met de casemanagers. De doorzorgfunctionaris in opleiding heeft de volgende opdracht meegekregen:

- 🕒 De sociale kaart up-to-date houden
- 🕒 Contacten te leggen en afspraken te maken met ketenpartners in de regio
- 🕒 Screening justitiabelen en verhelderen zorgknelpunten
- 🕒 Begeleiding justitiabelen in de PI, motiveren tot behandeling
- 🕒 (Warme) overdracht verzorgen justitiabelen
- 🕒 Dossiervorming
- 🕒 Begeleidingsadviezen aan afdeling (MDO) en casemanagers
- 🕒 Escaleren naar psycholoog (zorginhoudelijk), staffunctionaris ketenzorg (structurele problemen in de externe samenwerking) en Hoofd zorg (kwantitatieve verantwoording en organisatorische vraagstukken)

De doorzorgfunctionaris is als functionaris toegevoegd aan het PMO en werkt onder regie van een van de psychologen.

Pilot PI Heerhugowaard

De doorzorgfunctionaris startte in januari 2018. De directie van de PI zag de functie doorzorgfunctionaris als een kans om doorzorg op te pakken waar dat nodig is. Hoewel de nieuwe functie breed is gecommuniceerd in de inrichting door de directie en het PMO een plan heeft opgezet, moet de positie binnen de PI nog groeien. In aanvang was er geen inwerkprogramma voor de doorzorgfunctionaris en bleken de randvoorwaarden niet in orde, zoals toegang tot de systemen. De doorzorgfunctionaris heeft een week meegelopen in de PI in Zaanstad.

De doelgroep in de PI betreft veelal gedetineerden met vermoeden van LVB problematiek. Binnen gaat het goed met de gedetineerden, maar buiten krijgen ze niet altijd de juiste zorg. Taken van de doorzorgfunctionaris betreffen het in kaart brengen van zorgmogelijkheden in de regio, in casu het opstellen van de sociale kaart, het in beeld brengen van de gedetineerden die zorg nodig hebben en de zorg doorzetten naar buiten toe. De caseload van de doorzorgfunctionaris wordt besproken in het PMO. Het PMO is echter onderbezet waardoor goede begeleiding van de doorzorgfunctionaris niet altijd mogelijk is. Omdat het een nieuwe functie is binnen de PI, vult de doorzorgfunctionaris de functie en de kaders voor een groot deel zelf in. De interne samenwerking verloopt nog stroef. Omdat de taakafbakening nog niet geheel duidelijk is, is er volgende de geïnterviewde doorzorgfunctionaris sprake van een moeizame afstemming met zowel de andere zorgprofessionals als de casemanagers. Op het gebied van externe samenwerking werken de kaders van DJI soms beperkend, bijvoorbeeld als het gaat om gebruik maken van de ingekochte zorg.

Pilot PI Leeuwarden

De nieuwe doorzorgfunctionaris is in januari 2018 begonnen. Eerder werkte de doorzorgfunctionaris als verpleegkundige in de PI. De PI zag een kans in de pilot om de doorzorg voor gedetineerden die het nodig hebben op een meer gestructureerde wijze te organiseren. De doorzorgfunctionaris pakt taken op die bleven liggen bij de psychologen of waar de casemanagers niet uitkwamen en werkt aan het in kaart brengen en uitbreiden van het externe netwerk van organisaties die zorg kunnen verlenen. Bij aanvang van de functie bleek de toestemming tot de systemen niet rond en ook de praktische randvoorwaarden als een telefoon en een werkplek waren niet geregeld. De doorzorgfunctionaris heeft een dag meegelopen in de PI Arnhem.

De doelgroep bestaat vooral uit gedetineerden met LVB problematiek en zorgmijders. Intern is er veel overleg, zowel in het PMO als met de casemanagers. De functie is positief ontvangen door de professionals binnen de PI. Dit heeft waarschijnlijk er mee te maken dat de doorzorgfunctionaris de collega's al kende vanuit de eerdere functie.

5 Uitvoering en resultaten PI Arnhem

5.1 Instelling

Context/ Doelgroep PI: populatie/omvang

In de PI Arnhem verblijven ongeveer 229 gedetineerden. Gedetineerden met een korte- en/of lange straf. Tot de doelgroep van de doorzorgfunctionaris behoren vooral gedetineerden die structureel niet in staat zijn een stabiel leven op te zetten en vaak zorg mijndend gedrag vertonen. Een deel van deze doelgroep zou, volgens de geïnterviewde inrichtingspsycholoog, eerder in een GGZ-instelling thuis horen dan in een PI. Er zijn twee inrichtingspsychologen werkzaam in PI Arnhem, waarvan een het aanspreekpunt is voor de doorzorgfunctionaris.

Binnen de PI Arnhem worden voor behandeling van gedetineerden, die psychische zorg behoeven, drie medewerkers van de ambulante forensische kliniek Kairos ingezet. Het betreft een psychiater en specialisten op het gebied van LVB en verslaving. In totaal wordt er voor 53 uur per maand zorg ingekocht.

Zoals al eerder aangegeven (in hoofdstukken 2 en 3) heeft de eerste doorzorgfunctionaris in september 2017 een andere baan gevonden. De eerste doorzorgfunctionaris was afkomstig uit de PI Vught en had veel kennis van psychiatrische problematiek. De huidige doorzorgfunctionaris vervult deze functie sinds oktober 2017. Zij heeft in haar inwerkperiode veel contact gehad met haar voorganger. De huidige doorzorgfunctionaris is een BIG-geregistreerde verpleegkundige met minder kennis van psychopathologie. Voorafgaand deze functie werkte zij voor het project Wijkteam Arnhem. Zij moest zich alle bijzondere terminologieën en afkortingen, die binnen het gevangeniswezen wordt gebruikt, eigen maken.

In dit hoofdstuk wordt vooral ingegaan op de wijze waarop de huidige doorzorgfunctionaris de functie invult. Wel is door een van de respondenten een vergelijking gemaakt met de werkwijze van de eerste doorzorgfunctionaris.

5.2 Uitvoering

Signalering

Zowel de inrichtingspsychologen als de casemanagers melden gedetineerden aan bij de doorzorgfunctionaris. De casemanager is vaak degene die de eerste beoordeling maakt. Vervolgens wordt de gedetineerde doorgestuurd naar de inrichtingspsycholoog of soms direct naar de doorzorgfunctionaris. Als dat het geval is verricht de doorzorgfunctionaris een beperkte eerste screening. De meeste casussen van de doorzorgfunctionaris komen binnen via het PMO, waar zij aan deelneemt.

Daarnaast gaat de doorzorgfunctionaris wekelijks langs bij de medische dienst en de casemanagers. Dat levert soms nieuwe casussen op voor de doorzorgfunctionaris. Deze casussen worden vervolgens ook op

het PMO gemeld. Ten slotte worden steeds vaker casussen door externe organisaties, zoals van het Veiligheidshuis, gemeld.

Uit de registratie die door de beide doorzorgfunctionarissen zijn bijgehouden wordt het beeld bevestigd dat het overgrote deel van de gedetineerden via het PMO of de casemanagers bij de doorzorgfunctionarissen in beeld komen (zie paragraaf 5.3).

Zorg intern

De functie doorzorgfunctionaris is in de PI Arnhem een waardevolle aanvulling om de hulpvraag en motivatie van een gedetineerde nader te verkennen, de sociaal-psychiatrische problematiek in kaart te brengen en een nazorg plan op te stellen met de desbetreffende gedetineerde.

Werkzaamheden die de psychologen belangrijk en waardevol vinden, aangezien zij daar niet voldoende aan toe kwamen en/of aandacht aan konden geven.

Op dit moment heeft de doorzorgfunctionaris een caseload van ongeveer 20 gedetineerden. Voor al deze 20 gedetineerden is een plan van zorg opgesteld. Wekelijks komen ongeveer vijf nieuwe casussen binnen. Voorts vervult de doorzorgfunctionaris een adviserende rol voor casemanagers en PIW-ers, over hoe gericht zorg aan een gedetineerde kan worden aangeboden.

Als een gedetineerde is aangemeld bij de doorzorgfunctionaris gaat zij in gesprek met de gedetineerde. Naar aanleiding van dat gesprek stelt de doorzorgfunctionaris een plan van aanpak op, dat zij dan weer met de gedetineerde bespreekt.

Er is ook een groep gedetineerden, die zorg mijdend gedrag vertonen. Voor deze gedetineerden zijn vaak meerdere gesprekken nodig om hen te motiveren om gebruik te maken van zorg.

Er is een vrij grote groep die al zorg had, voordat zij in een PI terecht kwamen. De doorzorgfunctionaris probeert dan in eerste instantie te organiseren dat zij na detentie bij dezelfde zorgaanbieder terecht kunnen. Als dat niet lukt, gaat zij op zoek naar een andere ketenpartners. Er zijn maar weinig gedetineerden waarvoor zorg, die zij voor detentie kregen, tijdens detentie wordt voortgezet. In veel gevallen wordt psychische zorg door psychologen van de PI verzorgd.

Volgens de doorzorgfunctionaris en de inrichtingspsycholoog verloopt de afstemming en samenwerking soepel en naar behoren. De doorzorgfunctionaris en de casemanagers weten elkaar steeds beter te vinden. Het komt voor dat een casemanager sterk is betrokken bij een gedetineerde en het niet wenselijk is dat een derde persoon ertussen komt. In dit soort situaties adviseert de doorzorgfunctionaris de casemanager. Op andere momenten roepen de casemanagers de doorzorgfunctionaris in, om gebruik te maken van haar grote netwerk. Belangrijke voorwaarde voor het regelen van zorg na detentie is dat de gedetineerden een ID, inkomen en een zorgverzekering hebben. Dit zijn aandachtspunten, die in principe door casemanagers geregeld worden, maar zij kunnen daarbij ook een beroep doen op de doorzorgfunctionaris, omdat zij via haar netwerk dit soms gemakkelijker geregeld kan krijgen.

Zorg extern

De doorzorgfunctionaris heeft een groot netwerk buiten de PI; vooral in regio Arnhem kent ze veel sleutelpersonen die voor het organiseren en aanbieden van zorg belangrijk zijn. Om de contacten met externe samenwerkingspartners te versterken, worden medewerkers van verschillende organisaties (politie, wijkteams, schuldsanering, zorginstellingen) gevraagd om naar de PI te komen, om een beeld te kunnen vormen van waaruit een gedetineerde komt.

De psychologen van de PI hadden de betreffende gedetineerde gemotiveerd voor zorg en voor hem geregeld dat hij bij een reguliere GGZ-instelling behandeld kon gaan worden. Dit was echter niet meteen mogelijk op het moment dat hij de PI zou verlaten. Daarom kreeg de doorzorgfunctionaris in de laatste week van zijn detentie van de psychologen het verzoek of er voor hem een alternatief geregeld kon worden. De doorzorgfunctionaris heeft eerst contact opgenomen met de casemanager. Die kon niets voor deze gedetineerde kon betekenen, omdat hij op de lijst voor psychiatrie was geplaatst. De doorzorgfunctionaris heeft na contact met de gedetineerde, met succes, gezocht naar een beschermde woonvorm. Aangezien gedetineerde verzekerd was en een ID had, was er geen belemmering om hem te kunnen plaatsen. De plaatsing kon snel geregeld worden via het wijkteam Arnhem. Omdat de doorzorgfunctionaris daar goed bekend is, waren zij volgens haar bereid snel een indicatie af te geven voor deze gedetineerde. De gedetineerde is bij de uitgang van de PI opgehaald en naar de beschermde woonvorm gebracht. Volgens de doorzorgfunctionaris was deze gedetineerde tussen wal en schip gevallen als zij zich hier niet over had ontfermd.

Aan zes ketenpartners zijn telefonisch vragen gesteld over de samenwerking met de doorzorgfunctionaris. Vijf van hen zijn overwegend positief over de samenwerking met de doorzorgfunctionaris, omdat door haar komst (meer) contacten tot stand zijn gekomen over zorg na detentie voor gedetineerden. Voor vier van de respondenten, werkzaam bij respectievelijk For your Care (begeleid wonen), Wijkteam Arnhem, Primozorg en de Reclassering, geldt dat de samenwerking tot stand is gekomen ten tijde van de huidige doorzorgfunctionaris. De samenwerking heeft in de meeste gevallen betrekking op het maken van afspraken van zorg voor gedetineerden, die ook meestal door de betreffende organisatie wordt gerealiseerd.

De samenwerking met het Veiligheidshuis Arnhem verliep tot voor kort moeizaam, doordat medewerkers van de PI (ook de casemanager) terughoudend waren met informatie-uitwisseling over gedetineerden. Recent zijn daar afspraken over gemaakt en is de samenwerking aanzienlijk verbeterd.

De geïnterviewde van het Veiligheidshuis Nijmegen valt op dat beperkte uitwisseling van informatie binnen de PI lijkt te zijn tussen de casemanager en de doorzorgfunctionaris met als gevolg dat de doorzorgfunctionaris soms niet geheel op de hoogte is van bepaalde casuïstiek.

De doorzorgfunctionaris geeft aan dat informatie-uitwisseling met netwerkpartners en casemanagers soms niet mogelijk is, omdat zij niet BIG-geregistreerd zijn. Hierdoor kan zij helaas geen informatie verstrekken over de problematiek van gedetineerden. Ook komt het voor dat de doorzorgfunctionaris niet beschikt over diagnoses, die eerder door zorginstanties zijn gemaakt, omdat de gedetineerde niet laat weten waar hij of zij zorg heeft gekregen.

Plaatsing van gedetineerden in zorg lukt over het algemeen wel, maar er is een aantal factoren dat volgens de geïnterviewde doorzorgfunctionaris en psycholoog plaatsingen bemoeilijkt, waardoor het vaak veel tijd kost en soms uiteindelijk alsnog niet lukt:

- ③ Het contact met gemeenten verloopt vaak moeizaam, met name indien het zorg betreft die de gemeente dient te financieren.
Dit speelt met name als er voor een gedetineerde zorg geregeld moet worden in een gemeente waar hij of zij niet als inwoner is ingeschreven. In Arnhem gaat het dankzij de contacten van de doorzorgfunctionaris gemakkelijker; in de meeste andere gemeenten verloopt het moeizaam.
- ③ Gedetineerden die zeer agressief gedrag vertonen, zijn vaak lastig plaatsbaar; dan is het vaak lang zoeken naar een instelling die de betreffende gedetineerde wel wil en kan hebben. Soms lukt het niet. Er zijn te weinig afdelingen binnen de reguliere GGZ waar zeer agressieve gedetineerden kunnen worden geplaatst.
- ③ Gedetineerden die huiselijk geweld hebben gepleegd, verdwijnen soms onder de radar door te gaan verhuizen.
- ③ Een gedetineerde komt te laat in beeld bij de doorzorgfunctionaris, waardoor de tijd ontbreekt om zorg te regelen.

*De gedetineerde is een jonge statushouder, die in aanraking was gekomen met verkeerde vrienden. Hij deelde een woning met andere statushouders. Omdat zij voor overlast zorgden, zijn ze door de gemeente Ede uit de woning gezet. Na detentie zou de statushouder weer teruggaan naar dezelfde gemeente. De kans was groot dat hij weer terug zou vallen in het oude gedrag. De doorzorgfunctionaris heeft veel tijd geïnvesteerd om voor deze jongeman een oplossing te vinden. Eerst in contact met de gemeente Ede om te kijken of zij bereid was mee te werken aan opvang in een andere gemeente. Het traject voor statushouders is in de gemeente Arnhem beter geregeld en dat zou dus ook betere kansen voor deze jongeman bieden.
Omdat hij zijn verblijfsvergunning kwijt was, kon zijn uitkering niet geactiveerd worden. De gemeente Ede heeft daarom geregeld dat bijzondere bijstand werd voorgeschoten en hij nog een half jaar een uitkering van de gemeente Ede zou krijgen. De casemanager heeft contact gehad met de IND over de verblijfsvergunning en er voor gezorgd dat een kopie werd verstrekt.
In de gemeente waar hij naar toe kon, is eerst een forensische plek geregeld en hij is daarna naar een beschermde woonvorm gegaan.*

De doorzorgfunctionaris neemt meestal contact op met de organisatie die zorg moet gaan verlenen als de gedetineerde de PI heeft verlaten. Zij vraagt dan of de gedetineerde inderdaad de afgesproken zorg wordt verleend en of de zorg passend is. Dit is meestal het geval. Soms blijkt dat de gedetineerde niet van de afgesproken zorg gebruik maakt.

De doorzorgfunctionaris krijgt in een laat stadium contact met een gedetineerde met zware epilepsie, veel middelengebruik en zonder vaste verblijfplaats. Zijn netwerk bestaat alleen uit een vriendin met wie het soms goed en soms minder goed gaat. De man wil wel zorg maar weet niet hoe hij dat voor elkaar moet krijgen. De man zegt dat zijn ID-bewijs bij een vriend ligt, de casemanager trekt dit na en het blijkt niet te kloppen. De doorzorgfunctionaris neemt contact op met de nachtopvang in Apeldoorn, omdat de man daar zonder ID –bewijs ook terecht zou kunnen. Hij meldt zich daar maar blijft daar niet slapen. Eigenlijk zou deze man naar een instelling voor begeleid wonen moeten, maar zonder ID-bewijs wordt hij daar niet geaccepteerd. De doorzorgfunctionaris heeft de man ook laten weten dat hij na detentie een ID-bewijs en uitkering moet zien te krijgen en naar de huisarts moet gaan voor medicatie. Zij heeft contact opgenomen met het maatschappelijk werk waar de man in beeld is; uit dit contact blijkt dat hij weekgeld krijgt. Zeer onzeker is of de man een plek zal krijgen bij begeleid wonen.

Contact met gedetineerde en het sociale netwerk

Bij de intake wordt het sociale netwerk van de gedetineerde in kaart gebracht. Het netwerk speelt een belangrijke rol als gedetineerden niet in staat zijn om bepaalde zaken te regelen. Daarom moedigt de doorzorgfunctionaris het contact aan met betrouwbare relaties van de gedetineerde. Gedetineerden geven soms aan dat ze na detentie naar huis terugkeren; als de doorzorgfunctionaris belt of dat inderdaad gebeurd is, blijkt dat vaak niet het geval te zijn.

Ervaring met USER

De doorzorgfunctionaris heeft slechte ervaringen met USER. De eerste maanden had ze geen account en heeft ze de informatie over haar casussen pas achteraf kunnen invoeren. Bovendien is de doorzorgfunctionaris gewend van eerdere functies om doelen vast te leggen en zo werkt dit systeem niet.

Landelijke overleg doorzorgfunctionaris

De doorzorgfunctionaris woont het landelijke overleg van doorzorgfunctionarissen bij. Doordat er de afgelopen maanden steeds nieuwe doorzorgfunctionarissen bij kwamen, kreeg zij het gevoel dat er steeds dezelfde zaken aan de orde kwamen. De functieomschrijving van de doorzorgfunctionaris en de afbakening van de taken met de casemanagers is een terugkerend discussiepunt. Zij heeft behoefte aan (meer) intervisie bijeenkomsten met de doorzorgfunctionarissen die binnen GW werken.

5.3 Resultaten

Vanaf de start van de pilot (december 2016) tot en met eind maart 2018 is over 170 gedetineerden informatie in een Excel-bestand aangelegd. Uit deze registratiegegevens blijkt het volgende:

- ③ 67 van de gedetineerden zijn met de doorzorgfunctionaris in contact gekomen via het PMO; 49 via de casemanagers, 15 via de psycholoog en vier via het MDO. De overige 35 via verschillende andere – hoofdzakelijk externe – kanalen. Het Veiligheidshuis is de externe organisatie die de meeste (11) gedetineerden meldt bij de doorzorgfunctionaris.
- ③ Voor acht recente casussen was de doorzorgfunctionaris nog bezig om zorg na detentie te regelen.
- ③ Voor 76 casussen is een plaatsing geregeld in een zorginstelling.
- ③ Voor 59 casussen is contact met gedetineerden in detentie overgedragen aan een andere organisatie, waaronder vaak het wijkteam Arnhem en de reclassering.
- ③ Voor zeventien casussen is geen nazorg gerealiseerd.
- ③ Van negen casussen is in de registratie niet aangegeven wat het resultaat van de inzet van de doorzorgfunctionaris is geweest. Dit betreft onder meer zeven casussen die door de doorzorgfunctionaris in het veiligheidshuis Nijmegen zijn besproken.

De geïnterviewde psycholoog geeft als resultaat aan dat de doorzorgfunctionaris zorg activiteiten uitvoert waar de psychologen niet aan toe komen vanwege tijdgebrek. Zij hebben vooral hun handen vol aan crisisgevallen. Hij vindt de doorzorgfunctionaris een duidelijke aanvulling op wat binnen de PI Arnhem aan behandeling plaatsvindt en wat betreft het realiseren van zorg na afloop van de detentie.

5.4 Aandachtspunten

Plaatsing zeer agressieve gedetineerden

Een belangrijk aandachtspunt zijn de gedetineerden die moeilijk of niet plaatsbaar zijn, omdat zij zeer agressief gedrag vertonen. Volgens de geïnterviewde doorzorgfunctionaris en psycholoog zijn in de reguliere GGZ te weinig mogelijkheden om deze doelgroep goed te behandelen.

Informatie-uitwisseling

De informatie-uitwisseling over gedetineerden met niet BIG-geregistreerde professionals is met het oog op privacy wetgeving problematisch. Dit speelt onder meer een rol bij de contacten met het Veiligheidshuis Nijmegen.

De doorzorgfunctionaris beschikt niet altijd over de informatie van instellingen waar de gedetineerde eerder zorg heeft gekregen. Soms kan of wil de gedetineerde hier geen informatie over verstrekken en ook kan het voorkomen dat het niet lukt om bij de betreffende zorginstelling de gewenste informatie te verkrijgen.

Registratie

De registratie die de doorzorgfunctionaris bijhoudt, bevat waardevolle informatie, maar is op een aantal punten niet volledig. Daardoor geeft de registratie slechts beperkte informatie over de resultaten van de pilot.

Taakafbakening

Er bestaat zoals in paragraaf 4.1 is aangegeven bij geïnterviewden verschil van inzicht over de taakafbakening van de doorzorgfunctionaris, met name in relatie tot de taken van de casemanager.

6 Uitvoering en resultaten PI Grave

6.1 Instelling

PI Grave is een Huis van Bewaring, heeft Arrestanten-afdelingen en een afdeling Extra Zorgvoorziening (EZV). De doorzorgfunctionaris is vooral betrokken bij de arrestanten. PI Grave heeft een capaciteit van 203 plaatsen voor arrestanten². Arrestanten zijn justitiabelen die zich hebben onttrokken aan de tenuitvoerlegging van de gevangenisstraf, de voorlopige hechtenis of vervangende hechtenis en vervolgens zijn aangehouden³. Arrestanten verblijven enkele dagen tot acht weken in de PI. Er is hierdoor een grote omloop op de arrestanten afdelingen. Een groot deel van de arrestanten heeft psychische en/of psychiatrische problematiek, verslavingsproblematiek en/of er is sprake van verwaarlozing. Deze groep is vaak sociaal kwetsbaar en heeft complexe problematiek op meerdere gebieden. Een grote groep van de arrestanten zijn zorgmijders. Bij instroom in de PI is vaak niet bekend wat de problematiek is, of zij al bekend zijn bij een zorginstelling en wat de zorgbehoefte is.

6.2 Uitvoering

Signalering

De doorverwijzing naar de doorzorgfunctionaris vindt plaats in het PMO. De gedetineerden die zorg nodig hebben, komen op vier manieren in beeld bij de doorzorgfunctionaris. Ten eerste houdt de Medische Dienst bij binnenkomst in de PI een intake met de gedetineerden. Bij (een vermoeden van) aanwezigheid van zorgproblematiek, wordt de gedetineerde doorverwezen naar het PMO (doorverwijzing van de eerste naar de twee lijn). De doorzorgfunctionaris maakt geen onderdeel uit van dit screeningsproces. Ten tweede kunnen casemanagers casussen aandragen. Als uit de screening van de casemanagers blijkt dat een gedetineerde een zorgvraag heeft, wordt de gedetineerde besproken in het Multidisciplinair Overleg (MDO) en vervolgens onder de aandacht gebracht van het PMO. Ten derde wordt de doorzorgfunctionaris door ketenpartners geattendeerd op gedetineerden die in behandeling zijn of zorg nodig hebben. In de loop van de pilot werd de functie van doorzorgfunctionaris bekender bij de ketenpartners buiten de PI. Naarmate de functie bekender werd, namen ketenpartners ook vaker contact op.

Een gedetineerde werd door de GGD onder de aandacht gebracht bij de doorzorgfunctionaris. De persoon was pas kort ingestroomd en had nog geen casemanager toegewezen gekregen. De politie had een melding gemaakt bij de bemoeizorg GGD over mogelijke psychiatrische problematiek. Naar aanleiding van deze melding is de casus bij de doorzorgfunctionaris en het PMO terecht gekomen en is er contact gezocht met de gedetineerde.

² Dienst Justitiële Inrichtingen (2013). *Masterplan 2013-2018*, p.7.

³ Definitie arrestanten volgens artikel 1 sub M Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden. .

Ten vierde vindt signalering van zorg ook plaats door de doorzorgfunctionaris zelf wanneer deze op de afdeling loopt en er iemand opvalt met vreemd gedrag. Dit wordt vervolgens besproken in het PMO. Het PMO beslist wie de casus oppakt. Formeel is signalering van zorg door de doorzorgfunctionaris geen onderdeel van de functiebeschrijving, aldus de directie. De doorzorgfunctionaris valt onder tweedelijnszorg en niet eerste.

Zorg intern

De doorzorgfunctionaris begeleidt het doorzorgtraject van de gedetineerden en zoekt aansluiting tussen het zorgsysteem van het gevangeniswezen en daarbuiten. In de begeleiding van de gedetineerde legt de doorzorgfunctionaris contact met de gedetineerde en probeert middels een therapeutische aanpak een vertrouwensrelatie op te bouwen. In het traject vinden meerdere gesprekken plaats met de gedetineerde en wordt er toestemming gevraagd om, indien aanwezig, het medische dossier van de gedetineerde op te vragen. Wanneer de zorgproblematiek duidelijk is, worden stappen ondernomen om de doorzorg te realiseren. Dit zijn bijvoorbeeld gesprekken met zorgmijders om hen tot zorg te motiveren, doorverwijzingen naar de huisarts of de GGZ, aanmelding bij bemoeizorg of begeleid wonen of een doorplaatsing naar het PPC.

In het realiseren van het doorzorgtraject staat de doorzorgfunctionaris in contact met verschillende collega's binnen de PI. De doorzorgfunctionaris valt onder aansturing van het PMO en werkt samen met de psychologen, psychiater en de Medische Dienst. Vanuit de casuïstiek is er samenwerking met de casemanagers en PIW'ers. De doorzorgfunctionaris houdt de casemanagers via een wekelijkse mail op de hoogte van de casuïstiek. Hierbij houdt hij rekening met de medische informatie die wel en niet gedeeld mag worden met niet BIG-geregistreerde beroepskrachten. De caseload van de doorzorgfunctionaris fluctueert tussen de 25 en 30 per week.

Interne afstemming verschilt per casus en is soms complex. Om een goed beeld te krijgen van de problematiek van de gedetineerde en de passende zorg in te zetten is samenwerking en afstemming nodig tussen de professionals van de verschillende afdelingen.

De gedetineerde is via het MDO onder de aandacht gekomen van de doorzorgfunctionaris. Een PIW'er had opgemerkt dat het niet goed ging met de gedetineerde. Er was sprake van acuut psychisch lijden. Toen is contact gezocht met de medische dienst, de psychologen en de psychiater. De gedetineerde heeft medicatie gekregen en is gestabiliseerd. De PIW'ers op de afdeling zijn op de hoogte gebracht via een rapportage van de doorzorgfunctionaris in Tulp. Hierbij wordt in niet-medische termen de situatie van de patiënt gecommuniceerd. Daarnaast heeft de doorzorgfunctionaris PIW'ers op de afdeling gevraagd om de detineerde te observeren.

De afstemming en samenwerking tussen doorzorgfunctionaris en casemanagers verloopt soms moeizaam. Hoewel er meer overleg is tussen de doorzorgfunctionaris en de casemanagers dan in het begin van de pilot, zijn nog niet alle onduidelijkheden over de functie en taakverdeling tussen de doorzorgfunctionaris en casemanagers opgelost. De gevolgen van de moeizame start van de pilot in Grave zoals beschreven in 4.2 zijn nog voelbaar. Er wordt gezocht naar een betere vorm van samenwerken. Afstemming en communicatie zijn belangrijk voor het goed realiseren van de nazorg zowel op het gebied van wonen (zie onderstaande casus) als de andere vier basisvoorwaarden voor re-integratie en nazorg. Het volgende voorbeeld illustreert de consequenties als dit niet goed gaat.

Een gedetineerde kwam in beeld bij de doorzorgfunctionaris door een bezoek aan de afdeling. De gedetineerde was achterdochtig en had gedragsproblemen. Hij bleek schulden te hebben en dakloos te zijn. De doorzorgfunctionaris zocht contact met de casemanager in de PI en de bemoeizorg van GGZ in stad A. De casemanager was bezig met het regelen van wonen en zorg in stad B, de stad waar de gedetineerde voor het laatst ingeschreven stond. Dit was een andere stad dan waar de gedetineerde de afgelopen jaren had geleefd en naar toe wilde na zijn ontslag. Vanuit het zorgperspectief lag de nadruk op het vinden van een plek waar de persoon na detentie naar toe wilde gaan en zou worden geholpen. Hierbij ging het ook om het meebewegen met de zorgmijder. De casemanager had op basis van zijn screening ook goede redenen om de persoon naar stad B toe te leiden. Het sociale netwerk van de gedetineerde in stad A zou de gedetineerde negatief kunnen beïnvloeden tijdens het zorgtraject. Doordat er geen goede afstemming had plaatsgevonden, onderstond wrijving tussen de casemanager en de doorzorgfunctionaris. In het traject zijn vervolgens in beide steden lijnen uitgezet voor nazorg.

Gezamenlijk overleg met alle casemanagers blijkt in de praktijk moeilijk te organiseren. Er zijn twaalf casemanagers die gekoppeld zijn aan de gedetineerden en niet aan de vier afdelingen. Ondanks de onduidelijkheid over de functie en de afstemmingsproblemen wordt de doorzorgfunctionaris door alle geïnterviewden minder als 'concurrent' gezien van de casemanagers dan bij aanvang van de pilot. Zowel de afdeling D&R als de directie benoemen de kennis en deskundigheid van de zorgprofessional als positief, maar er wordt nog gezocht naar de juiste invulling van de functie binnen de PI.

Zorg extern

De doorzorgfunctionaris zoekt actief naar samenwerking met ketenpartners buiten de PI. Enerzijds gebeurt dit naar aanleiding van het zorgplan van de gedetineerden, anderzijds wordt contact met de ketenpartners geïnitieerd door de doorzorgfunctionaris als onderdeel van het creëren van een sociale kaart. De externe ketenpartners zijn onder andere verschillende gemeenten, veiligheidshuizen, GGZ, F-ACT team LVB zorg en (andere) instellingen die bemoeizorg leveren.

Soms is het moeilijk om het eerste contact met een ketenpartner te leggen. Een belemmering daarbij is dat elke gemeente op een andere manier werkt. Het kost tijd om de sociale kaart van de regio goed te kennen. Na een eerste contact over een casus, is het vervolgens gemakkelijker om contact te blijven onderhouden. Gaandeweg weten de ketenpartners de doorzorgfunctionaris beter te vinden en zij nemen contact op wanneer een cliënt van hen gedetineerd raakt..

Het contact met de doorzorgfunctionaris wordt door de verschillende ketenpartners als positief ervaren. Met de komst van de doorzorgfunctionaris is er een duidelijk aanspreekpunt binnen de PI. Organisaties buiten de PI ervaren de PI als een vrij gesloten setting met veel eenrichtingsverkeer, van binnen naar buiten. Om de samenwerking en het contact te bevorderen, nodigt de doorzorgfunctionaris de ketenpartners ook uit in de PI. Dit draagt bij aan een beter contact tussen binnen en buiten.

Een van de ketenpartners op het gebied van bemoezorg staat positief tegenover het contact met de PI en de doorzorgfunctionaris. Doordat de doorzorgfunctionaris bij hen op bezoek is geweest en zij bij de PI is een warme lijn ontstaan. Er is nu rechte reeks contact waarbij verder wordt gekeken dan de PI en er gezamenlijk gezocht wordt naar een oplossing voor de gedetineerde. Met de doorzorgfunctionaris staat de PI meer in verbinding met wereld buiten de muren en is het mogelijk sneller te schakelen wanneer iemand vrij komt, ook binnen het grotere systeem van het veiligheidshuis en de reclassering. (telefonisch interview met ketenpartner)

Daarnaast speelt volgens een van de ketenpartners de doorzorgfunctionaris een belangrijke rol in de signalering van zorgproblematiek. Casemanagers werken gericht vanuit de hulpvraag van de gedetineerde en dan kan het zijn dat iemand niet in beeld komt omdat er geen hulpvraag is op het gebied van zorg. De doorzorgfunctionaris kijkt vanuit zijn achtergrond verder en is daardoor beter in staat om zorgproblematiek te signaleren en de zorg door te zetten.

Contact met gedetineerden en het sociale netwerk

De doorzorgfunctionaris krijgt maar beperkt toegang tot het sociale netwerk van de gedetineerden die in beeld komen. Soms wil een gedetineerde daar weinig over kwijt, maar vaak is er te weinig tijd om dit goed uit te zoeken, omdat de gedetineerde maar kort verblijft. Soms lukt het om het sociale netwerk dat er is indirect te activeren, zoals in de volgende casus.

Bij een jonge gedetineerde was eenzaamheid en een psychiatrische stoornis geconstateerd. In de PI is medicatie voorgeschreven. De patiënt stabiliseerde, waarna de doorzorgfunctionaris heeft geïnformeerd of contact opgenomen mocht worden met de huisarts en eventueel de ouders van de gedetineerde. Er is toen een brief met de bevindingen naar de huisarts gestuurd. De gedetineerde is vervolgens met ontslag gegaan, maar na twee maanden was hij weer binnen voor een korte straf. De gedetineerde gebruikte de medicatie nog steeds en hij was bij zijn huisarts geweest. Het contact met

de huisarts had er bovendien voor gezorgd dat de ouders weer in beeld waren. Zij hebben voor kleding gezorgd en hem ook aangemeld bij de GGZ.

De motivatie en mate waarin een gedetineerde open staat voor het ontvangen van zorg heeft invloed op de interne en externe samenwerking. Extern is het vaak afwachten of de persoon zich meldt bij de plek die voor hem is geregeld na detentie en intern kan de medewerking van een gedetineerde de communicatie tussen de beroepskrachten beïnvloeden. Uit de casusbespreking blijkt dat gedetineerden soms wel met de ene beroepskracht willen praten en niet met de andere, of dat de casemanagers een deel van het verhaal ontvangen en de doorzorgfunctionaris een ander deel.

Ervaring met USER

USER wordt als een nuttig maar ook als een bewerkelijk en soms onhandig systeem gezien. Naar aanleiding van een gemaakte afspraak met een gedetineerde wordt gerapporteerd in User. Het is bij een volgende afspraak echter niet mogelijk terug te kijken naar eerdere notities. Daarnaast zijn rapportages van collega's niet direct zichtbaar. Een ander nadeel van het systeem is dat wanneer een gedetineerde uitstroomt het dossier wordt gesloten. Voor een afdeling met arrestanten waar gedetineerden vaak terugkomen, is het ongewenst dat er geen inzage meer is in de geschiedenis van die persoon.

Landelijk overleg doorzorgfunctionaris

Volgens de directie zou de pilot een landelijk concept blijven met een landelijk projectplan, maar in de praktijk zijn de verschillende PI's een eigen koers gaan varen. De doorzorgfunctionarissen komen onder leiding van de regiopsycholoog een paar keer per jaar samen.

6.3 Resultaten

De doorzorgfunctionaris in PI Grave is vooral betrokken bij de afdelingen van arrestanten. Zij verblijven maximaal 8 weken (56 dagen) in detentie en vaak korter. Hierdoor is er maar beperkt de tijd om zorg te regelen of zorg in gang te zetten.

Sinds de start van de pilot in maart 2017 tot en met maart 2018 zijn 227 gedetineerden in beeld gekomen bij de doorzorgfunctionaris die zorg nodig hebben. Op basis van de registratie van de doorzorgfunctionaris stellen we het volgende vast:

- 80 casussen zijn via het PMO bij de doorzorgfunctionaris terecht gekomen, 43 via de psychologen en 20 via de Medische Dienst/triage. Daarnaast zijn in het afgelopen jaar vijf casussen via het MDO doorgezet en twaalf direct via de casemanager. Van veertien casussen is de doorzorgfunctionaris op de hoogte gebracht door een externe partner, zoals het veiligheidshuis of GGD. De overige casussen kwamen onder andere via de afdelingshoofd binnen of betroffen gedetineerden met vreemd gedrag die de doorzorgfunctionaris zelf had opgemerkt.

- ③ In 129 casussen is een verwijzing naar zorg gerealiseerd.
- ③ De omschrijving van de doorzorg varieert van een verwijzing naar een huisarts (16 casussen), het aanmelden van gedetineerden bij de GGZ (17 casussen), het F-ACT team (16 casussen) of de GGD (7 casussen) tot bemoeizorg (9 casussen). Overige casussen betreffen onder andere opname in een kliniek, aanmelding bij het veiligheidshuis en toeleiding naar beschermd wonen.
- ③ In 73 casussen blijkt uit de registratie dat door de doorzorgfunctionaris actie is ondernomen om zorg na detentie te regelen, maar is in de registratie niet duidelijk wat het resultaat is geweest. Deels zijn dit nog lopende casussen.
- ③ In 25 gevallen is er geen nazorg gerealiseerd. Dit betroffen vooral zorgmijders die geen hulp wilden. Arrestanten verblijven vaak kort, waardoor weinig tijd is voor een uitgebreid motivatietraject.
- ③ Ruim 25 ketenpartners werken samen met de PI Grave.

Het is niet bekend hoeveel van de gedetineerden ook daadwerkelijk in zorg gaan na detentie. Na uitstroom uit de PI is er geen informatie over het vervolg. Alleen als er contact is met ketenpartners in een andere casus of als de arrestant weer instroomt, heeft de doorzorgfunctionaris zicht of de persoon daadwerkelijk in zorg is gegaan.

Wanneer de doorzorgfunctionaris opnieuw contact heeft met een ketenpartner wordt soms teruggelegd dat een (ex-)gedetineerde is geholpen, maar lang niet altijd. Vanuit de ketenpartners wordt bevestigd dat het middels de samenwerking vaak lukt om zorg te realiseren. Vanuit het FACT team wordt het volgende voorbeeld genoemd:

Een gedetineerde is een zorgmijder en was voor detentie in beeld bij een instelling die bemoeizorg levert. Via het veiligheidshuis heeft de ketenpartner contact opgenomen met de doorzorgfunctionaris en is de samenwerking met de doorzorgfunctionaris ontstaan. De ketenpartner is bij de gedetineerde in de PI op bezoek geweest om hem te motiveren voor het zorgplan na detentie. De doorzorgfunctionaris heeft het motivatietraject na het bezoek binnen de PI doorgezet. Dit heeft ertoe geleid dat de persoon na detentie in een traject van de gemeente is gekomen en in gesprek is met een jobcoach.

6.4 Aandachtspunten

Uit de gesprekken in de PI en de ketenpartners komen een aantal aandachtspunten en knelpunten naar voor die van belang zijn voor een goede implementatie en ontwikkeling van de functie doorzorgfunctionaris.

Duidelijke communicatie en aandacht bij de start van de implementatie

De doorzorgfunctionaris betrouwt een nieuwe functie binnen de PI. Om de functie goed vorm te geven en te implementeren is heldere communicatie met de verschillende afdelingen in de PI noodzakelijk. Een

duidelijk profiel van de functie en een projectplan zijn vereist. Ook is er aandacht nodig voor randvoorwaarden zoals toegang tot USER.

Beperkte informatie beschikbaar over (bepaalde groepen) gedetineerden

Omdat de arrestanten maar kort verblijven, is er niet altijd genoeg tijd om erachter te komen wat voor zorg iemand nodig heeft. Bij instroom in de PI is weinig informatie bekend. De PI heeft bij instroom alleen toegang tot justitiële informatie. Medische informatie moet worden opgevraagd na toestemming door de gedetineerde. De arrestanten zit soms zo kort dat het dossier pas binnen is als de arrestant alweer vrij is. Er is in veel gevallen dus beperkte informatie om de zorgbehoefte goed vast te stellen.

Criteria voor het beoordelen van de resultaten

De onduidelijkheid over de invulling van de functie brengt met zich mee dat er geen duidelijke kwaliteitscriteria zijn waarop de kwaliteit en resultaten beoordeeld kunnen worden. Het is nu moeilijk om de resultaten van de doorzorgfunctionaris goed te beoordelen. Vooral ook omdat bij de arrestanten weinig zicht is op of ze na uitstroom daadwerkelijk in zorg gaan. Om goed inzicht te krijgen in de resultaten en de meerwaarde van de doorzorgfunctionaris zijn heldere criteria nodig.

Bevoegdheden en informatie-uitwisseling

Bij informatieoverdracht zowel met interne als externe samenwerkingspartners speelt de regelgeving omtrent het delen van medische informatie en de vereiste BIG registratie van professionals om die informatie te mogen delen een rol. De doorzorgfunctionaris is voorzichtig in het communiceren van medische informatie met betrekking tot zorgproblematiek van een gedetineerde. Dit is niet alleen het geval in overleg met de collega's binnen de PI zoals casemanagers maar ook erbuiten zoals met professionals in de veiligheidshuizen. Het niet mogen delen van informatie zorgt ervoor dat de samenwerking soms als krampachtig wordt ervaren door professionals die niet BIG geregistreerd zijn.

Interne afstemming en integraal zorgplan

Het is belangrijk dat er goede afspraken zijn tussen de doorzorgfunctionaris en de casemanagers over de manier waarop zij elkaar op de hoogte houden van de casuïstiek en wie welke taken en verantwoordelijkheden heeft in een casus. Het multidisciplinair vast stellen van het zorgplan en de verantwoordelijkheden voorkomt dat in een casus verschillende paden worden bewandeld. Er zou meer gebruik kunnen worden gemaakt van dit zorgplan en de doorzorgfunctionaris zou kunnen deelnemen aan het MDO. Gedurende de uitvoering van het plan is goede communicatie en afstemming tussen casemanagers en doorzorgfunctionaris van belang. Een integraal zorgplan kan volgens de geïnterviewden de samenwerking intern bevorderen en is ook eenduidig naar de externe partners. Door multidisciplinair af te stemmen kan er van de gebaande paden worden afgeweken en meer creatief worden gezocht naar oplossingen. Dit is bij de groep zorgmijders soms nodig om de gedetineerde te motiveren tot en in zorg te krijgen.

7 Uitvoering en resultaten JC Zaanstad

7.1 Instelling

Context /Doelgroep PI: populatie/omvang

Medio 2016 opende het Justitieel Complex Zaanstad (JC Zaanstad). JC Zaanstad bestaat uit een Gevangenis, een Huis van Bewaring en een Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC). Het complex biedt plek voor ruim 1.000 justitiabelen. Volgens de doorzorgfunctionarissen is de doelgroep binnen het GW divers, er is sprake van veel psychiatrie en maatschappelijke problemen. Ook is er sprake van veel zorgmijders binnen JC Zaanstad.

Daarnaast is vanuit JC Zaanstad de Top600-populatie⁴ geplaatst, die met de sluiting van de Bijlmer is meegekomen. JC Zaanstad maakt onderdeel uit van het Top 600 project en alleen in Zaanstad verblijven delinquenten die tot de Top 600 behoren.

7.2 Uitvoering

Signalering

De caseload van de doorzorgfunctionarissen wordt op verschillende manieren gevoed. Ten eerste kan dit via de casemanagers en de Medische Dienst. De casemanagers en de Medische Dienst verrichten de intake van nieuwe gedetineerden. Wanneer uit de intake naar voren komt dat gedetineerden zorgbehoevend zijn dan worden de gedetineerden aangemeld voor het PMO. In het PMO kunnen casussen vervolgens doorverwezen worden naar een van de doorzorgfunctionarissen. Ook komt het voor dat bij de intake de doorzorgfunctionaris wordt gevraagd langs te komen en hij/zij vervolgens de casus in het PMO inbrengt. Ook kan een verwijzing voor zorg buiten het PMO om binnenkomen bij de psycholoog, in overleg met de psycholoog wordt dan door een van de doorzorgfunctionarissen een plan van aanpak opgesteld. In deze gevallen komt de casus het eerstvolgende PMO op de agenda. Ook kan de psycholoog op basis van verwijzingen een aantal taken aan de doorzorgfunctionarissen overdragen, bijvoorbeeld een bezoek op de afdeling aan de gedetineerde of ondersteuning bij de aanmelding voor een kliniek.

Ten derde doen de doorzorgfunctionarissen zelf aan casefinding (zijn er gedetineerden zorgbehoevend?). Doordat de doorzorgfunctionaris relatief vaak op de afdeling aanwezig is, zijn de lijnen kort en worden er veel signalen opgevangen door de doorzorgfunctionarissen. Bijvoorbeeld wanneer een gedetineerde zich opvallend gedraagt op de afdeling of PIW'ers hun zorgen over een persoon uiten. In deze gevallen zien de doorzorgfunctionarissen de cliënten voor de eerste keer en bespreken dit dan altijd direct met de psycholoog. De doorzorgfunctionarissen brengen deze casussen vervolgens in het PMO waar de vervolgstappen worden vastgesteld.

Ten slotte komen er verwijzingen van buiten de PI. Dit zijn meestal patiënten vanuit de (forensische) zorgketenpartners of van een huisarts.

⁴ De Top600 (inmiddels Top 1000) is een persoonsgerichte aanpak voor veelplegers van high-impact delicten uit Amsterdam.

Zorg intern

De doorzorgfunctionarissen houden zich enerzijds bezig met het initiëren van nieuwe zorg voor gedetineerden en anderzijds met het continueren van bestaande zorg.

Wanneer er een verwijzing bij een van de doorzorgfunctionarissen binnenkomt maakt hij/zij eerst in overleg met de psycholoog een plan van aanpak. Vervolgens onderzoekt de doorzorgfunctionaris of er al zorg bij de cliënt bekend is. Dit wordt gedaan door (indien beschikbaar) het elektronisch patiëntendossier (EPD) te raadplegen en informatie bij enkele ketenpartners of medewerkers binnen de PI (bijvoorbeeld een PIW'er) op te vragen.

Vervolgens gaat de doorzorgfunctionaris op bezoek bij de cliënt en stelt een anamnese op. De doorzorgfunctionaris stelt hiervan een verslag op en op het eerstvolgende PMO wordt de cliënt geagendeerd, zodat de vervolgstappen besproken worden met alle deelnemers. Tussentijds bezoekt de doorzorgfunctionaris de gedetineerden regelmatig en houdt hen op de hoogte van de ontwikkelingen. Indien er sprake is van nieuwe zorg bekijkt de doorzorgfunctionaris of de behandeling al gestart kan worden tijdens detentie. Hierbij wordt de mogelijkheid bekeken of een externe ketenpartner de behandeling uit kan voeren. Daarvan moet dan via het IFZO (Informatiesysteem Forensische Zorg) een plaatsingsbesluit worden geregeld. Ook meldt de doorzorgfunctionaris de gedetineerde al aan bij ketenpartners voor de zorg, bijvoorbeeld GGZ-instellingen, een kliniek of instellingen voor begeleid of beschermd wonen. De veiligheidshuizen worden altijd geïnformeerd over doorzorg die wordt ingezet.

Het starten van nieuwe zorg binnen detentie verloopt niet altijd gemakkelijk, omdat een gedetineerde niet gemotiveerd is voor zorg of vreest dat medegedetineerden hem, dan als een zwakkeling beschouwen. De doorzorgfunctionaris motiveert de gedetineerde dan voor zorg.

Uit de gesprekken met de inrichtingspsycholoog en de doorzorgfunctionarissen komt naar voren dat de interne samenwerking over het algemeen goed verloopt. Alle drie geïnterviewden vinden dat de samenwerking tussen de doorzorgfunctionarissen enerzijds en de psychologen en de casemanagers naar behoren verloopt. Sinds de komst van de doorzorgfunctionarissen is ook het contact tussen de casemanagers en de psychologen verbeterd omdat de psychologen nu bepaalde taken bij de doorzorgfunctionaris kunnen neerleggen in plaats van bij de casemanagers. Belangrijk bij de samenwerking tussen de doorzorgfunctionarissen en de casemanagers is dat er goed afgestemd moet worden over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen beide. Als gevolg van de samenwerking tussen de doorzorgfunctionarissen en de casemanagers is er volgens de psycholoog een betere verbinding tussen het PMO en het MDO.

Na de komst van de doorzorgfunctionaris is de werkdruk van de psycholoog verminderd, hierdoor kan de psycholoog meer zorg bieden aan casussen waar de inzet van de psycholoog noodzakelijk is. Daarnaast zien de psycholoog of een van de doorzorgfunctionarissen gedetineerden na een verwijzing eerder dan voorheen. In de meeste gevallen dezelfde dag of de volgende dag, voor de komst van de doorzorgfunctionaris kon dit oplopen tot één week. Verder wordt door de psycholoog aangegeven dat de doorzorgfunctionarissen een verrijking zijn voor de kwaliteit van de doorzorg. De psycholoog verrichtte de

werkzaamheden om doorzorg te realiseren naast veel andere taken, de doorzorgfunctionaris kan zich volledig richten op de doorzorg.

De volgende casus geeft een goede weergave van de werkwijze van de doorzorgfunctionaris na een verwijzing en de interne samenwerking.

Er kwam een verwijzing bij de doorzorgfunctionaris binnen van een verpleegkundige van de Medische Dienst vanwege drang naar middelen bij een gedetineerde. Voordat de doorzorgfunctionaris de gedetineerde bezocht werd contact gezocht met een PIW'er om informatie in te winnen over het gedrag van de gedetineerde op de afdeling. Vervolgens heeft de doorzorgfunctionaris een anamnese afgenomen bij de gedetineerde en is er een hulpvraag naar voren gekomen: de gedetineerde wil voorkomen dat hij na uitstroom uit detentie weer terugvalt in middelengebruik. Door de doorzorgfunctionaris wordt informatie opgevraagd bij de reclassering over een eventueel reclasseringstraject na detentie en contact opgenomen met verslavingszorg of er mogelijkheden zijn voor verslavingszorg binnen detentie. Op advies van de casemanager wordt de gedetineerde bezocht door de verslavingszorg en is er met de psycholoog besproken of de gedetineerde in aanmerking komt voor een groep binnen de eigen inrichting gericht op verslavingsproblematiek. Kort hierop voert de doorzorgfunctionaris overleg met de casemanager over de gedetineerde, de casemanager wil de gedetineerde graag op de agenda van het PMO met het voorstel voor een artikelplaatsing. De doorzorgfunctionaris koppelt dit terug aan de psycholoog en besloten wordt om de casemanager uit te nodigen voor het PMO zodat de verschillende plannen (verslavingszorg versus artikelplaatsing) kunnen worden afgewogen.

Zorg extern

Wanneer geconstateerd wordt dat een gedetineerde uit de Top600-aanpak zorgbehoevend is dan wordt hierover contact opgenomen met de regisseur van de gedetineerde. Een van de doorzorgfunctionarissen ziet dat er bij Top600-personen veel nieuwe zorg wordt ingezet, binnen deze doelgroep hebben er veel personen buiten de PI veel zorg af gehouden, binnen de PI staan ze meer open voor zorg.

Om de benodigde doorzorgtrajecten voor te bereiden en te starten is er contact met externe partijen die betrokken zijn bij zorg. Dit zijn bijvoorbeeld GGZ-instellingen, veiligheidshuizen, huisartsen, instellingen voor begeleid en beschermd wonen en de reclassering. Het contact is vaak veelvuldig en heeft tot doel om informatie in te winnen over de zorggeschiedenis van de gedetineerde of om doorzorg te realiseren. Daarbij is de doelstelling gericht op het continueren van zorg. In sommige gevallen wordt na detentie dezelfde zorg ingezet als voor detentie zoals onderstaande casus illustreert.

Op verzoek van de psycholoog bezoekt de doorzorgfunctionaris een gedetineerde die bijna vrijkomt. De psycholoog heeft de gedetineerde al eerder gezien en wil nu graag weten hoe het met de gedetineerde gesteld is en of er doorzorg is geregeld. De doorzorgfunctionaris bezoekt vervolgens

de gedetineerde. De gedetineerde geeft aan dat hij voor detentie onderdak en zorg kreeg bij instelling X, hij vermeldt hier ook bij dat zijn termijn er bij die instelling op zit. De doorzorgfunctionaris neemt contact op met de mentor van de gedetineerde van instelling X, het verhaal van de gedetineerde wordt bevestigd en de gedetineerde wordt opnieuw aangemeld om te voorkomen dat hij na detentie geen onderdak heeft. De doorzorgfunctionaris wordt op de hoogte gehouden van de voortgang.

Wanneer cliënten al in zorg waren voor de detentieperiode, wordt door de doorzorgfunctionaris contact opgenomen met de behandelaar van de gedetineerde. Er wordt dan gekeken of de ambulante behandelaar de zorg binnen de PI kan aanbieden. Hoewel dit redelijk veel tijd kost lukt dit over het algemeen vaak wel. Verder wordt goed contact onderhouden met de behandelaar om de continuïteit van de bestaande zorg te waarborgen.

De doorzorgfunctionaris neemt telefonisch contact op met de ambulante behandelaar van de gedetineerde. De ambulante behandelaar was er niet van op de hoogte dat haar cliënt gedetineerd was vanwege een fout van de rechtbank. Er is afgesproken dat de ambulante behandelaar gedetineerde komt bezoeken in de PI. In drie maanden tijd is de behandelaar drie keer bij de gedetineerde langsgekomen in de PI.

Het is voor het realiseren van doorzorg belangrijk dat de doorzorgfunctionaris een goed beeld heeft van de instellingen die verschillende vormen van zorg kunnen verlenen. In het gesprek met een van de doorzorgfunctionarissen, zonder spv-achtergrond, wordt gebrekkige kennis van de sociale kaart als een knelpunt genoemd. Hierdoor is beperkter zicht op de mogelijkheden voor zorg na detentie. Er worden SPV'ers van externe forensische zorg-ketenpartners aangesloten om directe toegang tot de zorg te hebben. Hierbij wordt geïnvesteerd in het opzetten van een reguliere overlegstructuur om de samenwerking met deze partners op te zetten en te borgen. Dit is niet bedoeld als oplossing voor de lacune in de kennis van de sociale kaart, maar als aanvulling op de doorzorgfunctionaris en het versneld toegankelijk maken van (na-)zorg voor gedetineerden..

Uit de gesprekken met de vier ketenpartners komt naar voren dat drie van de vier ketenpartners tevreden zijn over de samenwerking met de doorzorgfunctionaris. Twee van deze geïnterviewden (van FACT Noord-Holland Noord en de Waag) hebben ook regelmatig contact gehad met de doorzorgfunctionaris. Zij zijn tevreden over dat contact en ervaren dat door de komst van de doorzorgfunctionarissen het makkelijker is geworden om contact te krijgen met PI Zaanstad en zaken relatief snel geregeld kunnen worden. De geïnterviewde van FACT geeft ook aan dat het met PI's zonder doorzorgfunctionaris veel lastiger is om contact te krijgen met de PI.

Beide geïnterviewden geven aan dat de contacten met de doorzorgfunctionaris ook leiden tot zorg voor gedetineerden. Zo is het voor behandelaars van de Waag mogelijk geworden om zorg in JC Zaanstad te verlenen.

De derde geïnterviewde ketenpartner (van woningverhuurder CS Wonen) heeft pas één keer contact gehad met de doorzorgfunctionaris. Het contact heeft zij als prettig ervaren, onder meer vanwege de goede beschikbaarheid, maar het heeft niet geleid tot plaatsing van de gedetineerde omdat die niet bleek te voldoen aan de intakecriteria.

De vierde geïnterviewde (van veiligheidshuis Haarlem) heeft af en toe contact met een van de doorzorgfunctionarissen, maar wist niet dat zij doorzorgfunctionaris is. Deze contacten hebben betrekking op de nazorg van de gedetineerden. Daarnaast is zij van mening dat het JC Zaanstad zich vooral richt op Amsterdam.

Contact met gedetineerde en het sociale netwerk

De doorzorgfunctionarissen onderhouden regelmatig contact met de gedetineerde over het verloop van het (door)zorgproces. Direct contact met het sociale netwerk van de gedetineerde is beperkt, er wordt ook geen heteroanamnese afgenomen door de doorzorgfunctionaris. De doorzorgfunctionaris zorgt er wel voor dat de gedetineerden met zijn sociale netwerk in contact kan komen.

Ervaring met USER

Werken met USER wordt door beide doorzorgfunctionarissen als prettig ervaren. Informatie over problematiek van de gedetineerde en over de zorg die zij hebben of/en zorg die ingezet moet worden, worden geregistreerd in USER en kunnen zo nodig weer geraadpleegd worden.

Landelijk overleg

Op het moment dat het landelijke overleg van start ging kon aanvankelijk slechts een doorzorgfunctionaris van JC Zaanstad deelnemen. Later konden alle doorzorgfunctionarissen van JC Zaanstad deelnemen. De doorzorgfunctionarissen van JC Zaanstad vinden dit overleg met de andere doorzorgfunctionarissen een meerwaarde hebben, het is een vorm van intervisie. Overigens hebben de beide doorzorgfunctionarissen nog niet zo vaak deze overleggen bijgewoond omdat ze niet vanaf het begin van de pilot in de functie van doorzorgfunctionaris werkzaam zijn.

7.3 Resultaten

Er werden in Zaanstad geen gegevens in Excel vastgelegd. Op verzoek van de onderzoekers is door de doorzorgfunctionarissen van 19 recente casussen alsnog een aantal gegevens vastgelegd. Hieruit blijkt dat:

- het grootste deel (13) in beeld komt via interne kanalen, met name via de psycholoog, de medische dienst en het PMO. Drie gedetineerden kwamen door contact met de doorzorgfunctionaris in beeld

en drie via externe aanmelding: 2 via de regisseur van de top600 en een via het veiligheidshuis Zaanstad;

- ⦿ bijna de helft (9) een verslavingsproblematiek heeft;
- ⦿ er voor deze 19 gedetineerden met 11 verschillende ketenpartners contact is om zorg te regelen;
- ⦿ voor 6 van de gedetineerden (door)zorg was geregeld, voor de meeste andere gedetineerden was de doorzorgfunctionaris nog bezig zorg te regelen.

Een van de doorzorgfunctionarissen schat in dat bij 75% van de gedetineerde van de caseload doorzorg wordt gerealiseerd. Bij de overige 25% van de gedetineerde lukt het niet om doorzorg te realiseren doordat een casus te laat onder de aandacht komt, de gedetineerde al snel is uitgestroomd of omdat de gedetineerde niet de Nederlandse nationaliteit heeft en onverzekerd is.

Daarnaast wordt door de doorzorgfunctionarissen en de psycholoog aangegeven dat zorgbehoevende gedetineerden eerder worden gezien en er veel nieuwe zorg wordt gerealiseerd. Voorts worden gedetineerden met (mogelijk) psychiatrische problematiek en problematiek op het gebied van LVB, verslaving of ADHD eerder gezien dankzij de komst van de doorzorgfunctionarissen.

Ten slotte ervaart de psycholoog dat de doorzorgfunctionarissen een deel van zijn werk overnemen en hij daardoor meer tijd aan de behandeling van gedetineerden kan besteden. De projectleider Zorg en Behandeling geeft aan dat de psychologen meer tijd hebben om behandelingen als cognitieve gedragstherapie of EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) in te zetten.

7.4 Aandachtspunten

Introductie

De psycholoog was niet betrokken bij de introductie van de pilot. Mede hierdoor was het bij de start niet direct duidelijk op welke manier invulling gegeven moest worden aan de functie van de doorzorgfunctionaris. Tegenwoordig krijgen nieuwe doorzorgfunctionarissen binnen de PI een introductieprogramma om de opstartproblemen te voorkomen. Door het introductieprogramma worden ze voor de start van hun werkzaamheden wegwijs gemaakt binnen de PI en ingewerkt voor de functie van de doorzorgfunctionaris.

Communicatieproblemen

Er is door een aantal geïnterviewden aangegeven dat zich soms communicatieproblemen voordoen. Voor een deel heeft dit te maken met de omvang van JC Zaanstad waardoor het ook lastig is om iedereen altijd goed geïnformeerd te laten zijn. Volgens twee geïnterviewden zou het logischer zijn dat de doorzorgfunctionarissen en de psychologen dezelfde leidinggevende zouden hebben. Dit zou de kans op communicatieproblemen kunnen verminderen.

Doorverwijzing naar GGZ instellingen

Bij het realiseren van doorzorg is het voor de doorzorgfunctionaris regelmatig een knelpunt dat er niet altijd direct naar iedere GGZ-instelling doorverwezen kan worden wanneer het geen gecontracteerde

zorgaanbieder is. Alleen forensische zorg wordt tijdens de detentieperiode vergoed vanuit de inkoop door Forzo/JJI. Reguliere GGZ wordt bekostigd vanuit de eigen verzekering van de patient en kan niet vanuit detentie georganiseerd worden..

Aansluiting op lokale dienstverlening/nazorg

Daarnaast is de aansluiting met diensten buiten de PI zoals sociale voorzieningen of zorgverzekeringen in sommige casussen ook een knelpunt. Zo kan het soms 6 weken duren voordat een ex-gedetineerde een uitkering heeft of is het vanwege de overgang naar een andere zorgverzekeraar niet mogelijk om direct medicatie te verkrijgen. Voor kwetsbare personen kan dit een te lange periode zijn.

De nazorg is per regio verschillend. Dit maakt het werk voor de doorzorgfunctionaris complex. Een van de doorzorgfunctionarissen heeft voor een aantal regio's in beeld gebracht op welke manier de nazorg is geregeld.

Toegevoegde waarde expertise doorzorgfunctionaris

Uit de gesprekken met de doorzorgfunctionarissen komt ook naar voren dat de expertise en ervaring van de doorzorgfunctionarissen die aansluit bij veelvoorkomende problematiek van gedetineerden van toegevoegde waarde is. Een van de doorzorgfunctionarissen heeft ruime ervaring met bemoeizorg, hetgeen goed aansluit bij het grote aantal zorgmijders binnen de PI. Daarnaast wordt ook veel ADHD bij de gedetineerden gediagnosticeerd en is de andere doorzorgfunctionaris op dit moment bezig met het opzetten van een project over ADHD-problematiek binnen detentie.

8 Conclusies

In dit onderzoek hebben we een procesevaluatie uitgevoerd van de pilot doorzorgfunctionaris. In dit hoofdstuk trekken we conclusies ten aanzien van de vier hoofdvragen:

- ⦿ Op welke wijze wordt in de PI's invulling gegeven aan de functie doorzorgfunctionaris?
- ⦿ Hoe verloopt de uitvoering van de activiteiten van de doorzorgfunctionaris?
- ⦿ Wat zijn de (voorlopige) resultaten van de activiteiten van de doorzorgfunctionaris?
- ⦿ Welke lessen kunnen uit de pilots worden geleerd?

Voor de beantwoording van de eerste hoofdvraag wordt niet alleen gebruik gemaakt van de bevindingen in de drie PI's waar de pilot gestart is, maar ook van de bevindingen in de vier PI's die later een doorzorgfunctionaris hebben gekregen. Voor de beantwoording van de andere drie hoofdvragen wordt alleen gebruik gemaakt van de bevindingen in de drie PI's waar de pilot van start is gegaan.

8.1 Invulling functie doorzorgfunctionaris

Positionering en aansturing

In alle zeven PI's waar inmiddels een doorzorgfunctionaris werkt, is de doorzorgfunctionaris gepositioneerd onder het hoofd Zorg en de dagelijkse aansturing vindt plaats door een van de inrichtingspsychologen. Vrijwel alle geïnterviewden zijn tevreden over positionering en aansturing van de doorzorgfunctionaris. In JC Zaanstad wordt door twee geïnterviewden aangegeven dat het logischer zou zijn dat de doorzorgfunctionarissen en de inrichtingspsychologen dezelfde leidinggevende zouden hebben omdat de kans op communicatieproblemen zou verkleinen.

Taakafbakening doorzorgfunctionaris

In het projectplan is aangegeven dat de doorzorgfunctionaris taken uitvoert waar de casemanagers formeel gezien verantwoordelijk voor zijn. Dat brengt met zich mee dat goede afstemming over wat de doorzorgfunctionaris doet en wat de casemanager doet noodzakelijk is.

In alle 3 de PI's deden zich onduidelijkheden voor in de taakafbakening van doorzorgfunctionaris ten opzichte van de taken van casusmanagers. Deze onduidelijkheid kan voor een deel worden verklaard uit het feit dat de hoofden D&R, in tegenstelling tot de hoofden Zorg, niet in de voorbereiding van de pilot zijn betrokken die in de landelijke projectgroep heeft plaatsgevonden. Ook speelde een rol dat de bij de start van de pilot de begeleiding vanuit de landelijke projectgroep beperkt was.

In Grave is de negatieve invloed van deze onduidelijkheid over de taakafbakening bij aanvang van de pilot het sterkst geweest.

Voor wat betreft de huidige situatie ten aanzien van taakafbakening tussen doorzorgfunctionaris en casemanager kan het volgende worden geconstateerd:

- ⦿ De inrichtingspsycholoog en doorzorgfunctionaris in Arnhem vinden dat zorgplaatsingen tot de taken van de doorzorgfunctionaris behoort. Dit conform de taakomschrijving van de doorzorgfunctionaris in het projectplan. Het hoofd D&R vindt het wenselijk om dit inzichtelijk te krijgen, want momenteel worden bijv. gedetineerden ook door de casemanagers doorgeleid naar forensische- en/of verslavingsklinieken. Haar voorkeur gaat uit om reguliere trajecten op te laten pakken door casemanagers en de zorgtrajecten door de doorzorgfunctionaris.
- ⦿ In Grave zijn de gevolgen van de moeizame start nog steeds zichtbaar. Op sommige punten is de samenwerking tussen doorzorgfunctionaris en casemanagers inmiddels verbeterd, maar er doen zich soms nog steeds problemen voor in de afstemming.
- ⦿ In Zaanstad doen zich geen problemen in de taakafbakening voor. In deze inrichting werken meerdere doorzorgfunctionarissen. De doorzorgfunctionaris die al eerder werkzaam was in JC Zaanstad speelt een belangrijke rol bij het inwerken van de doorzorgfunctionarissen die later gestart zijn.
- ⦿ In een van de later gestarte PI's – Heerhugowaard - speelt ook nog steeds de vraag over de taakafbakening van de doorzorgfunctionaris ten opzichte van de casemanagers; dit vraagstuk komt ook op de landelijke overleggen van doorzorgfunctionarissen terug.

Organisatorische inbedding

Een inwerkprogramma kan bijdragen aan een goede inbedding van de doorzorgfunctionaris.

Bij aanvang van de pilot is in geen van de drie PI's waar de pilot van start is gegaan (Arnhem, Grave en Zaanstad) een inwerkprogramma georganiseerd voor de doorzorgfunctionaris. Doordat de begeleiding van de doorzorgfunctionarissen beperkt was, hebben de doorzorgfunctionarissen veelal zelf hun plek moeten zoeken binnen de dagelijkse praktijk van de PI.

Voor doorzorgfunctionarissen die reeds bekend zijn met het werken in het gevangeniswezen is dit makkelijker dan voor doorzorgfunctionarissen die deze ervaring missen.

Dit beeld wordt bevestigd door de ervaringen in de vier later gestarte PI's. De PI's Dordrecht en Leeuwarden hebben er voor gekozen een medewerker van de eigen PI als doorzorgfunctionaris aan te stellen. In Dordrecht is dit een doorzorgfunctionaris in opleiding die gestart is met de opleiding SPV-er.

8.2 Hoe verloopt de uitvoering

Doelgroepen in de drie PI's

- ⦿ De doelgroepen van de zorg verschillen per PI en is sterk afhankelijk van de kenmerken van de gedetineerden die in de betreffende PI verblijven. De PI in Arnhem heeft in hoofdzaak een populatie van langgestraften en gedetineerden met een middellange straf. De doorzorgfunctionaris houdt zich vooral bezig met gedetineerden die niet in staat zijn een stabiel bestaan op te bouwen en vaak zorgmijdend zijn. In Grave richt de doorzorgfunctionaris zich vooral op justitiabelen die in de

arrestantenafdeling verblijven. Deze mensen verblijven enkele dagen tot drie weken in deze afdeling. In JC Zaanstad is sprake van een diverse populatie met veel psychiatrische en maatschappelijke problemen. Er verblijven veel personen die tot de top600 van de gemeente Amsterdam behoren. Tot de doelgroep van de doorzorgfunctionarissen behoren veel gedetineerden die zorgmijndend gedrag vertonen.

- De gemiddelde caseload ligt in Grave het hoogst met 25 tot 30 casussen per week, dit heeft te maken met het feit dat Grave een PI is voor kortverblijvenden. De caseload in de beide andere PI's ligt gemiddeld rond de 20 per week.

Uitvoering taken in hoofdlijnen

- In alle drie PI's is de wijze waarop gedetineerden bij de doorzorgfunctionaris in beeld komen grotendeels overeenkomstig en ook ligt de focus van hun werkzaamheden bij het maken van afspraken met instellingen waar de gedetineerde na detentie voor zorg terecht kan.
- De wijze waarop deze taken worden ingevuld verschilt. Dit heeft onder meer te maken met de expertise van de doorzorgfunctionaris, de doelgroep binnen de PI en de introductie van de doorzorgfunctionaris binnen de inrichting.
- In JC Zaanstad is in vergelijking met twee andere PI's meer aandacht voor het doorzetten van bestaande zorg tijdens detentie. Zo zetten medewerkers van de Bascule voor enkele gedetineerden hun behandeling voort in de JC Zaanstad.

Signalering

- De rol die de doorzorgfunctionaris speelt bij signalering en screening is afhankelijk van de expertise van de doorzorgfunctionaris en de taakafbakening van de doorzorgfunctionaris. In Arnhem en Grave doet de doorzorgfunctionaris in tegenstelling tot JC Zaanstad nooit de screening van een gedetineerde. Hoe meer ervaring een doorzorgfunctionaris heeft met de beoordeling van de psychische problematiek, hoe groter zijn of haar rol in de eerste screening van de problematiek van gedetineerden. Ook specifieke ervaring met een bepaald soort problematiek kan een rol spelen in de wijze waarop de functie wordt ingevuld. Zo richt een van de doorzorgfunctionarissen die in zijn vorige baan vooral met ADHD-problematiek bezig was zich sterk op zorg voor gedetineerden met ADHD.
- Het zwaartepunt in de drie pilot PI's ligt bij het realiseren van psychische hulpverlening en maatschappelijke zorg. Er is niet of nauwelijks bemoeienis met somatische zorg.

Toeleiding naar zorg

- In alle drie de PI's wordt het motiveren van gedetineerden voor zorg als een belangrijk onderdeel van hun werk gezien. Een goed contact met de gedetineerde is daarbij een noodzakelijke voorwaarde; de doorzorgfunctionarissen besteden daar dan ook de nodige aandacht en tijd aan.

- Met het sociaal netwerk van de gedetineerden hebben de doorzorgfunctionarissen weinig contact, met uitzondering van ouders en partners van de gedetineerde.
- In alle drie de PI's maken de doorzorgfunctionarissen voor het realiseren van zorg gebruik van een groot netwerk aan verschillende zorginstellingen. De contacten met die organisaties verlopen over het algemeen goed, zowel de doorzorgfunctionaris als de geïnterviewde ketenpartners zijn daar overwegend tevreden over.

De pilots hebben ook inzicht opgeleverd in de knelpunten die een rol spelen bij het realiseren van zorg voor gedetineerden na detentie. De belangrijkste zijn:

- Het is voor doorzorgfunctionarissen niet altijd mogelijk om informatie te verkrijgen over de zorg die een gedetineerde voor zijn detentie heeft gehad.
- Nazorg in gemeenten is op verschillende manieren geregeld, in sommige gemeenten is er veel aandacht voor nazorg en is er ook minder sprake van belemmerende regelgeving bijvoorbeeld ten aanzien van de verstrekking van een uitkering aan gedetineerden. In andere gemeenten is er weinig aandacht voor nazorg en is het voor doorzorgfunctionarissen dus ook lastiger om na detentie nazorg te regelen.
- De gescheiden financieringsstromen voor de zorg binnen een strafrechtelijk kader en de zorg na uitstroom kunnen een belemmering zijn voor het goed regelen van doorzorg. Als een doorzorgfunctionaris een goed netwerk heeft bij gemeenten kan dat er toe bijdragen dat er een passende en creatieve oplossing gevonden kan worden voor de doorzorg van een specifieke gedetineerde.
- Zeer agressieve gedetineerden zijn zeer moeilijk of niet te plaatsen. Er wordt door doorzorgfunctionarissen en inrichtingspsychologen aangegeven dat er bij reguliere GGZ instellingen te weinig mogelijkheden zijn om deze gedetineerden te behandelen.

Registratie

- De doorzorgfunctionarissen registreren, net als andere BIG geregistreerde professionals hun verrichtingen in USER. De doorzorgfunctionarissen met een SPV achtergrond zijn meer vertrouwd met dit systeem. Een beperking van USER voor het onderzoek is dat afgesloten dossiers niet meer geraadpleegd kunnen worden door de doorzorgfunctionarissen.
- Om beknopte managementinformatie te kunnen leveren is in Arnhem en Grave een Excelbestand bijgehouden met onder meer informatie over het al dan niet realiseren van zorg. Overigens verschillen deze beide Excel-bestanden qua indeling van elkaar. Uit de registraties is bovendien vaak moeilijk vast te stellen welke zorg geregeld is. In Zaanstad is op verzoek van de onderzoekers door de doorzorgfunctionarissen een Excelbestand van recente casussen gemaakt.

8.3 Resultaten van de pilot

Een van de doelstellingen van de pilot was om te onderzoeken of de functie van de doorzorgfunctionaris een gunstig effect zou hebben op het organiseren van doorzorg voor gedetineerden met psychiatrische of psychosociale problematiek. Op basis van het onderzoek kan geconcludeerd worden dat de doorzorgfunctionaris een toegevoegde waarde heeft binnen de drie pilot PI's.

- De doorzorgfunctionaris pakt problematiek op van gedetineerden die eerder bleef liggen of slechts beperkt kon worden opgepakt door de psychologen in de PI. De doorzorgfunctionaris heeft zicht op de psychiatrische of psychosociale problematiek van de gedetineerden en is daardoor ook goed in staat in overleg met de psycholoog te bepalen of er zorg nodig is en zo ja welke zorg. Dit heeft tot gevolg dat vooral de inrichtingspsychologen ontlast worden en meer tijd krijgen zich met de behandeling van gedetineerden bezig te houden.
- In JC Zaanstad is er ook aandacht voor het doorzetten van bestaande zorg, waarbij de zorg zoveel mogelijk door dezelfde behandelaren wordt verleend.
- Door de komst van de doorzorgfunctionaris is meer en beter contact met externe ketenpartners van de PI. De PI en de externe partners weten elkaar steeds beter te vinden. Dit werkt beide kanten op. Voor het doorzetten van en/of doorverwijzen naar zorg zoekt de doorzorgfunctionaris naar samenwerking met (nieuwe) externe ketenpartners. Naarmate de pilot vordert, gaan de externe ketenpartners ook zelf contact opnemen met de doorzorgfunctionaris wanneer iemand die bij hen bekend is in de PI instroomt. Verschillende externe ketenpartners ervaren de doorzorgfunctionaris als een duidelijk aanspreekpunt in de vrij gesloten setting van de PI. Dit draagt bij aan een betere aansluiting tussen het zorgsysteem binnen en buiten het gevangeniswezen. Het externe netwerk dat de doorzorgfunctionaris opbouwt, kan ook de casemanagers in de PI helpen in het uitvoeren van hun werkzaamheden. Goede interne afstemming en communicatie zijn hierbij een randvoorwaarde.

8.4 Lessen uit de pilots

Ten aanzien van de invulling van de functie van de doorzorgfunctionaris zijn de volgende lessen van belang.

- Voor een goede invulling van de functie is het een pré als degene die wordt aangesteld ervaring heeft met het werken binnen een PI.
- Een goede introductie van de doorzorgfunctionaris is essentieel voor een goede invulling en ontwikkeling van de functie. In die introductie is kennismaking met de casemanagers van belang om daarbij heldere uitleg te geven over de taakafbakening tussen deze beide functies. Regelmatig stilstaan bij de taakafbakening kan bijdragen aan een betere afstemming en samenwerking.
- Het is belangrijk dat afspraken worden gemaakt over de afstemming en communicatie binnen de PI, vooral tussen de doorzorgfunctionaris en de casemanagers. Als er casussen zijn waarbij zowel de doorzorgfunctionaris als de casemanager activiteiten moeten ondernemen om aan de zorgbehoefte van de gedetineerde te voldoen dan moet in onderling overleg bepaald worden wie wat doet en deze taakverdeling helder worden vastgelegd. Daarmee wordt bevorderd dat de doorzorgfunctionaris en de casemanager elkaar aanvullen in hun werkzaamheden. Zeker in complexe casussen verdient het

aanbeveling een integraal zorgplan te maken waarin wordt vastgelegd wat de verschillende betrokkenen moeten doen om voor gedetineerden passende zorg te realiseren. Een dergelijk zorgplan kan ook worden gebruikt in de samenwerking met externe ketenpartners.

- ⦿ Voor een goede samenwerking met externe ketenpartners is het nuttig de belangrijkste ketenpartners ook naar de PI te laten komen, dat draagt ertoe bij dat de PI ook minder als een gesloten en geïsoleerd bolwerk wordt beschouwd.
- ⦿ In de landelijke bijeenkomsten voor doorzorgfunctionarissen is het voor de functieontwikkeling van belang dat de focus vooral op intervisie ligt en deze bijeenkomsten niet te veel in beslag worden genomen door discussies over taakafbakening tussen doorzorgfunctionarissen en casemanagers.

Slotbeschouwing

De procesevaluatie van de pilot doorzorgfunctionaris laat zien dat deze functie binnen een PI een duidelijke meerwaarde heeft. Dit komt in de eerste plaats tot uitdrukking in een groter aantal gedetineerden dat zorg krijgt na detentie en soms lukt het ook om zorg tijdens detentie door te zetten. De werkzaamheden van de doorzorgfunctionaris brengen tevens een ontlasting voor de inrichtingspsychologen met zich mee, waardoor zij meer tijd voor behandeling van gedetineerden krijgen.

Een belangrijk positief neveneffect van de pilot is de verbeterde samenwerking met (externe) ketenpartners. Dit draagt bij aan een betere aansluiting tussen de zorgsystemen binnen en buiten de PI.

Voor verdere verbetering is het van belang dat onder meer aandacht wordt besteed aan:

- ⦿ Een goed inwerkprogramma voor doorzorgfunctionarissen waarbij de introductie bij de casemanagers een belangrijk onderdeel vormt.
- ⦿ Bij werving en selectie van doorzorgfunctionarissen ervaring met werken binnen het gevangeniswezen als een belangrijke voorwaarde wordt gezien.
- ⦿ Meer wordt ingezet op het doorzetten van zorg voor detentie.

In deze procesevaluatie is nog slechts een beperkt zicht gekregen op effecten van de pilot. Op grond van ons onderzoek kunnen voor een effectevaluatie de volgende aandachtspunten worden meegegeven.

- ⦿ De huidige Excelregistraties bieden te weinig inzicht in de resultaten van de pilots om een goede effectevaluatie uit te voeren.
- ⦿ Het is van belang om in alle PI's met een doorzorgfunctionaris de resultaten met name met betrekking tot gerealiseerde zorg op een eenduidige manier vast te leggen.
- ⦿ Informatie over de aard van de zorg die wordt geregeld moet ook in de Excelbestanden worden opgenomen. Deze informatie wordt al wel in USER vastgelegd maar is na afsluiting van het dossier niet meer toegankelijk.
- ⦿ Het is van belang dat ook wordt nagegaan en vastgelegd of de afgesproken zorg ook daadwerkelijk gerealiseerd wordt.

Literatuur

Beerhuizen, M.G.C.J., Beijersbergen, K.A., Noordhuizen, S. en Weijters, G. Vierde meting van de monitor nazorg ex-gedetineerden (WODC – 2015).

Projectplan pilot doorzorgfunctionaris PI versie 5.0 (ministerie van JenV – 2017).

Roorda, W. en Buysse, W., Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen (DSP-groep – 2016).

Bijlage 1 Vragenlijst

doorzorgfunctionarissen 3 pilot PI's

1 Op welke wijze wordt in de PI's invulling gegeven aan de functie van doorzorgfunctionaris?

Deelvragen:

- Hoe is de doorzorgfunctionaris gepositioneerd? Intern of extern?
- Hoe luidt de taakomschrijving van de doorzorgfunctionaris
- Hoe verliep de introductie en inwerkperiode (eerste maanden) van de doorzorgfunctionaris?
- Door wie wordt de doorzorgfunctionaris aangestuurd en hoe verloopt dat in praktijk? (bijvoorbeeld is er regulier overleg met de doorzorgfunctionaris, krijgt de doorzorgfunctionaris regelmatig feedback)
- Is er ook begeleiding/ondersteuning vanuit Den Haag? Hoe wordt dit ervaren?
- Hoe is de taakafbakening tussen de doorzorgfunctionaris en andere functionarissen (inrichtingspsycholoog en casemanager) binnen de PI?
- Neemt de doorzorgfunctionaris deel aan het PMO; zo ja hoe wordt dit ervaren?
- Hoe is de toeleiding (naar de doorzorgfunctionaris) van gedetineerden die (mogelijk) zorg nodig hebben geregeld?
- Wordt de (door)zorg beperkt tot psychische zorg of wordt ook andere (somatische of/en maatschappelijke) zorg geregeld?
- Gaat het vooral om het doorzetten van reeds ingezette zorg, zorg ingezet tijdens detentie of zorg ingezet na detentie?
- Voor welke doelgroepen is deze zorg bestemd?
- Wat is de caseload of te wel het aantal casussen dat de doorzorgfunctionaris gemiddeld genomen in behandeling heeft?

2 Hoe verloopt de uitvoering van de activiteiten van de doorzorgfunctionaris?

- Hoe verloopt de screening van gedetineerden, hoe wordt bepaald of er zorg nodig is?
- Welke rol vervult de doorzorgfunctionaris in dit screeningsproces?
- Hoe verloopt bij het realiseren van zorg de interne samenwerking met de casemanager, het hoofd zorg, de inrichtingspsycholoog en andere medewerkers (PIW-er)?
- Hoe verloopt bij het realiseren van zorg het contact met de gedetineerde en het sociaal netwerk van de gedetineerde?
- Wat voor type zorg wordt er ingezet? Vooral psycho sociale zorg of ook somatische of maatschappelijke hulp.
- Met welke organisaties heeft de doorzorgfunctionaris contact tijdens dit proces
- Hoe verloopt het proces van het doorzetten van bestaande zorg? Wat gaat daarbij goed en minder goed?

- Hoe verloopt het proces van realiseren van (nieuwe) zorg? Wat gaat goed en wat gaat minder goed? Is daarbij verschil tussen verschillende typen zorg ?

3 Wat zijn de (voorlopige resultaten van de activiteiten van de doorzorgfunctionaris?.

Onderstaande vragen worden ook (ten dele) beantwoord door het registratie onderzoek, goed om tijdens het interview al deze link te leggen .

- Hoeveel casussen (gedetineerden) heeft de doorzorgfunctionaris vanaf de start van de pilot tot en met voorjaar 2018 (op het moment dat het onderzoek wordt uitgevoerd) in behandeling genomen?
- Voor hoeveel gedetineerden die in behandeling zijn genomen is het niet (geheel of gedeeltelijk) gelukt afspraken rondom de doorzorg vast te leggen? Wat zijn daar de redenen voor?
- Is de in de rapportage vastgelegde doorzorg ook daadwerkelijk gerealiseerd? Zo ja, welke zorg betreft het en hoe lang heeft het geduurd voordat die zorg gerealiseerd is en heeft de doorzorgfunctionaris daar nog activiteiten voor ondernemen? Zo ja, welke zijn dat geweest? Zo nee, bij welke zorg is dat niet gelukt en waarom niet?

4 Welke lessen kunnen uit de pilots worden geleerd?

Deelvragen:

- Welke activiteiten van de doorzorgfunctionaris verlopen naar wens ?
- Bij welke activiteiten doen zich knelpunten voor en hoe kunnen deze knelpunten worden aangepakt?
- Welke (andere) mogelijkheden zijn er om de resultaten te verbeteren?

Bijlage 2 Vragenlijst

inrichtingspsycholoog en hoofd D&R

1 Op welke wijze wordt in de PI's invulling gegeven aan de functie van doorzorgfunctionaris?

- Hoe is de doorzorgfunctionaris gepositioneerd? Intern of extern?
- Hoe luidt de taakomschrijving van de doorzorgfunctionaris
- Hoe verliep de introductie en de inwerkperiode (eerste maanden) van de doorzorgfunctionaris?
- Door wie wordt de doorzorgfunctionaris aangestuurd en hoe verloopt dat in praktijk? (bijvoorbeeld is er regulier overleg met de doorzorgfunctionaris, krijgt de doorzorgfunctionaris regelmatig feedback)
- Is er ook ondersteuning vanuit Den Haag (DJI)? Hoe wordt dit ervaren?
- Hoe is de taakafbakening tussen de doorzorgfunctionaris en andere functionarissen (inrichtingspsycholoog en casemanager) binnen de PI?
- Neemt de doorzorgfunctionaris deel aan het PMO; zo ja hoe wordt dit ervaren?
- Hoe is de toeleiding (naar de doorzorgfunctionaris) van gedetineerden die (mogelijk) zorg nodig hebben geregeld?
- Wordt de (door)zorg beperkt tot psychische zorg of wordt ook andere (somatische of/en maatschappelijke) zorg geregeld?
- Gaat het vooral om het doorzetten van reeds ingezette zorg, zorg ingezet tijdens detentie of zorg ingezet na detentie?
- Voor welke doelgroepen is deze zorg bestemd?
- Wat is de invloed van de werkzaamheden van de doorzorgfunctionaris op andere medewerkers binnen de PI?

2 Hoe verloopt de uitvoering van de activiteiten van de doorzorgfunctionaris?

- Hoe verloopt de screening van gedetineerden, hoe wordt bepaald of er zorg nodig is?
- Welke rol vervult de doorzorgfunctionaris in dit screeningsproces?
- Hoe verloopt bij het realiseren van zorg de interne samenwerking met de casemanager, het hoofd zorg, de inrichtingspsycholoog en andere medewerkers (PIW-er)?
- Wat gaat goed en wat gaat minder goed bij het realiseren van zorg?

3 Wat zijn de (voorlopige resultaten van de activiteiten van de doorzorgfunctionaris?.

Onderstaande vragen worden ook (ten dele) beantwoord door het registratie onderzoek, goed om tijdens het interview al deze link te leggen.

- Hoeveel casussen (gedetineerden) heeft de doorzorgfunctionaris vanaf de start van de pilot tot en met voorjaar 2018 (op het moment dat het onderzoek wordt uitgevoerd) in behandeling genomen?
- Voor hoeveel gedetineerden die in behandeling zijn genomen is het niet (geheel of gedeeltelijk) gelukt afspraken rondom de doorzorg vast te leggen? Wat zijn daar de redenen voor?
- Is de in de rapportage vastgelegde doorzorg ook daadwerkelijk gerealiseerd? Zo ja, welke zorg betreft het en hoe lang heeft het geduurd voordat die zorg gerealiseerd is en heeft de doorzorgfunctionaris daar nog activiteiten voor ondernemen? Zo ja, welke zijn dat geweest? Zo nee, bij welke zorg is dat niet gelukt en waarom niet?

4 Welke lessen kunnen uit de pilots worden geleerd?

Deelvragen:

- Welke activiteiten van de doorzorgfunctionaris verlopen naar wens ?
- Bij welke activiteiten doen zich knelpunten voor en hoe kunnen deze knelpunten worden aangepakt?

Welke (andere) mogelijkheden zijn er om de resultaten te verbeteren?

Bijlage 3 Leidraad ketenpartners

Achtergrond

- Hoe is de samenwerking ontstaan met de PI/doorzorgfunctionaris?
- Op welk gebied werken jullie vooral samen?
- Om hoeveel casussen gaat het gemiddeld per maand?

Samenwerking/proces

- Is de samenwerking met de PI door de komst van de doorzorgfunctionaris veranderd (bv intensiever/beter)
- Hoe verloopt de samenwerking met de doorzorgfunctionaris?
-
- Wat gaat goed in de samenwerking?
- Wat gaat er minder goed? Waar zitten de knelpunten?

Realiseren van de zorg

- In hoeveel gevallen lukt het om de doorzorg te realiseren?
- Waar ligt het aan dat het wel of niet lukt?

Toekomst van samenwerking

Wat zijn mogelijke verbeterpunten?

Bijlage 4 Profiel doorzorgfunctionaris

concept 2 10 juli 2017

Doorzorgfunctionaris (DZF)

Doel van de functie

De DZF voert in samenwerking met de psychologen in het PMO, vanuit zijn deskundigheid, het dossier en zijn contacten met de justitiabele/patient regie op een maatwerk behandeling van de justitiabele/patient in de inrichting en zorgt voor een goede doorstroom van de betrokkene naar een passende vervolgvoorziening.

Daarmee draagt functionaris bij aan de doelstelling van een DJI zijnde het verminderen van risico's rond justitiabelen/patienten en zodoende het verlagen van recidive.

De doelgroep bestaat voornamelijk uit zorgmijders met een psychiatrische achtergrond, vaak gecombineerd met verslavingsproblematiek en en mogelijk LVB. Functionaris is in een PI complementair aan de casemanager . Daar waar een traject voor doorzorg geïndiceerd is verzorgt de doorzorgfunctionaris het traject. Als een traject buiten de inrichting moeilijk tot stand komt kan de DZF escaleren en/of afstemmen met de staffunctionaris ketensamenwerking.

Resultaatgebied 1

Screening en intake justitiabele/patient in een PI

- Verzamelt beschikbare informatie uit de zorgketen t.b.v. de screening.
- Voert een screening uit a.d.h.v. stukken of middels gesprekscontact.
- Vormt zich een oordeel van de aard en ernst van de (sociaal) psychische problematiek, hulpvraag en motivatie van betrokkene ter beoordeling van de psycholoog /regiebehandelaar of psychische doorzorg geïndiceerd is.
- Voert intakegesprekken gericht op het vaststellen van de sociaal psychiatrische problematiek, in brede zin, het vaststellen van de hulpvraag en de behandelings-mogelijkheden van betrokkene (motivatie, leerbaarheid) in kaart brengen van de recente behandelgeschiedenis
- Stelt een realistisch doorzorgplan op.
- Spreekt een taakverdeling af met de casemanager t.a.v. de 5 basisvoorwaarden en de regiebehandelaar t.a.v. zorg.

Resultaatgebied 2

Zorg, begeleiding, en behandeling van een justitiabele/patient in een PI.

- Ontwikkelt en onderhoudt contacten met het sociale en professionele netwerk in het kader van de behandeling en (na-) zorgtraject.
- Brengt het huidige zorgkader en de sociale situatie in kaart.
- Verstrekt informatie aan de justitiabele/patient over de werkwijze en de mogelijkheden van zorgverlening binnen de inrichting.
- Voert de sociaalpsychiatrische diagnose van de problematiek van de justitiabele/patient uit en brengt deze in het multidisciplinair overleg MDPO/PMO in om het behandelplan te toetsen en verder in te vullen.
- Legt het eerste contact met zorgmijders vanuit het MDPO/PMO en motiveert om deel te nemen aan activiteiten gericht op stabilisatie of verbetering van de situatie op de verschillende leefgebieden.
- Voert therapeutische deeltechnieken uit (indien gekwalificeerd) met als uitgangspunt de diagnose en afspraken in het behandelplan met als doel inzicht en vaardigheden te ontwikkelen op uiteenlopende levenssterreinen. (bijvoorbeeld Liberman modules, training agressieregulatie, e.d.) een aantal van deze trainingen wordt ook ingezet voor groepen justitiabelen/patienten.
- Voeren van systeemgesprekken met als doel verbinding te leggen met het steunsysteem en het verder te ontwikkelen.
- Geven van psycho-educatie met als doel inzicht in het eigen ziektebeeld en toestand op andere levensgebieden.
- Ondersteunen van de verzorgenden en verplegenden tijdens crisissituaties, door het stabiliseren van de situatie en, na goedkeuring door de psychiater, toedienen van medicatie.
- Informeren en betrokken houden van de instanties en instellingen die van belang zijn voor de justitiabele/patient

als hij/zij uitstroomt. Doel is ervoor te zorgen dat de instanties en instellingen zijn voorbereid en de nodige acties zijn ondernomen.

Resultaatgebied 3 (Niet van toepassing voor DZF)

Zorg, begeleiding en behandeling van een justitiabele/patient in een forensische GGZ-instelling

Resultaatgebied 4

Uitstroom en overdracht justitiabele/patient

- Initierende rol: het onderkennen van ontbrekende of niet goed georganiseerde schakels in de keten van zorg, begeleiding, behandeling worden en welzijn en doen van voorstellen voor verbetering.
- Coördinerende rol: maken van afspraken met instanties en (zorg) instellingen voor individuele justitiabelen/patienten en daarin betrekken van psychologen, maatschappelijk werkenden, trajectbegeleiders, enz.
- Uitvoerende rol; de justitiabele/patient bij de hand nemen, overdragen aan zorginstellingen e.d.

Resultaatgebied 5

Verbetering en instand houding van het systeem van zorg, begeleiding en behandeling van justitiabelen/patienten

- Voeren van extern netwerkoverleg (veiligheidshuis, forensisch netwerk, etc) of het leveren van bijdrage aan dit overleg.
- Stemt af met de staffunctionaris ketensamenwerking als vanuit casuïstiek blijkt dat een probleem in het netwerk een structureel karakter heeft.
- Bijdragen aan trainingen voor PIW-ers en justitieel verpleegkundigen door het leveren van expertise.
- Volgen van trainingen op het eigen vakgebied.
- Verzorgen van deskundigheidsbevordering op gebied van sociaal psychiatrische problematiek en zorg aan verschillende disciplines. Bereid deze voor en voert ze uit.
- Volgt sociaal psychiatrische zorginhoudelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen in mogelijke vormen van zorg en draagt deze over op belanghebbenden binnen de organisatie.
- Doet voorstellen voor de eigen deskundigheidsbevordering en die van het team.
- Doet voorstellen over het ontwikkelen of het bijstellen van protocollen, interne richtlijnen en procedures.

Kennis en vaardigheden:

DSP-groep BV
Van Diemenstraat 410
1013 CR Amsterdam
+31 (0)20 625 75 37

dsp@dsp-groep.nl
KvK 33176766
www.dsp-groep.nl

DSP-groep is een onafhankelijk bureau voor onderzoek, advies en management, gevestigd aan de IJ-oeveren in Amsterdam. Sinds de oprichting van het bureau in 1984 werken wij veelvuldig in opdracht van de overheid (ministeries, provincies en gemeenten), maar ook voor maatschappelijke organisaties op landelijk, regionaal of lokaal niveau. Het bureau bestaat uit 40 medewerkers en een groot aantal freelancers.

Dienstverlening

Onze inzet is vooral gericht op het ondersteunen van opdrachtgevers bij het aanpakken van complexe beleidsvraagstukken binnen de samenleving. We richten ons daarbij met name op de sociale, ruimtelijke of bestuurlijke kanten van zo'n vraagstuk. In dit kader kunnen we bijvoorbeeld een onderzoek doen, een registratie- of monitorsysteem ontwikkelen, een advies uitbrengen, een beleidsvisie voorbereiden, een plan toetsen of (tijdelijk) het management van een project of organisatie voeren.

Expertise

Onze focus richt zich met name op de sociale, ruimtelijke of bestuurlijke kanten van een vraagstuk. Wij hebben o.a. expertise op het gebied van transitie in het sociaal domein, kwetsbare groepen in de samenleving, openbare orde & veiligheid, wonen, jeugd, sport & cultuur.

Meer weten?

Neem vrijblijvend contact met ons op voor meer informatie of om een afspraak te maken. Bezoek onze website www.dsp-groep.nl voor onze projecten, publicaties en opdrachtgevers..



DSP-groep is ISO 9001:2008 (kwaliteitsmanagement) gecertificeerd en aangesloten bij VBO en OOA.