

BEELD BIJ HET GELUID

Evaluatie convenant beveiligde bedden

CAPDASH
Zicht op beveiligde capaciteit

**BEVEILIGDE
BEDDEN**

Kwartiermaker
Landelijk Coördinatiepunt
Beveiligde Bedden

Oktober 2021

Inhoud

| | |
|---|----|
| Inleidend..... | 3 |
| Conclusies ten aanzien van doelstellingen convenant:..... | 4 |
| Opzet evaluatie | 4 |
| | |
| Evaluatie van het convenant | 5 |
| Evaluatie governance van het convenant | 8 |
| Evaluatie van de ingezette instrumenten | 11 |
| | |
| Knelpunten opgesomd | 14 |
| Aanbevelingen voor het vervolg | 15 |
| | |
| Bijlage: lijst van afkortingen | 17 |

Inleidend

Op 6 november 2020 is het convenant beveiligde bedden ondertekend. De ministeries van Justitie en Veiligheid, Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de brancheverenigingen voor zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en zorgverzekeraars/-kantoren (hierna partijen) zijn van mening dat iedere persoon die zorg en ondersteuning via een opname in een beveiligde klinische setting nodig heeft, hier toegang toe dient te krijgen.

Partijen delen de verantwoordelijkheid voor deze opdracht en zeggen in dit convenant toe om:

1. Het Dashboard Capaciteit Beveiligde Bedden Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg (hierna: dashboard) tot stand te brengen;
2. Vervolgens aan de hand van het dashboard de opnamecapaciteit in beeld te brengen, zodat sneller inzichtelijk is waar mensen op beveiligde bedden kunnen worden opgenomen;
3. Samen te werken op basis van vertrouwen en openheid, waarbij transparantie voorop staat en er een constante dialoog is met als doel om de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de beveiligde bedden te verbeteren.

Populair gezegd moeten de afspraken er voor zorgen dat er niet langer geleurd hoeft te worden met cliënten¹ die behoefte hebben aan beveiligde zorg.

Vanaf januari 2021 is hard gewerkt aan de voorbereidingen om deze afspraken uit te voeren. Er is een dashboard gebouwd waar zorgaanbieders dagelijks hun actuele capaciteit invoeren. Na een testfase in februari 2021, is het dashboard CAPdash per 1 maart 2021 in gebruik genomen.

Ook is invulling gegeven aan het landelijk coördinatiepunt beveiligde bedden (hierna LCBB) door het aanstellen van een kwartiermaker en een landelijk coördinator. Het LCBB heeft, naast het beheer van het dashboard, drie taken:

1. Bemiddelen bij individuele casuïstiek wanneer opname niet lukt in de eigen netwerken/levensloopregio's;
2. Expertisecentrum zijn voor vragen rondom de praktijk van beveiligde zorg;
3. Analyseren en agenderen van data en knelpunten.

Het LCBB rapporteert de voortgang in het door de branches ingerichte knelpuntenoverleg, waar knelpunten die voortkwamen uit het gebruik en de analyse van het dashboard geagendeerd worden. Halverwege mei 2021 heeft een positieve tussenevaluatie plaatsgevonden. Daarin hebben partijen nogmaals commitment uitgesproken en besloten in het najaar van 2021 het convenant en de voortgang van het LCBB formeel te evalueren. Deze evaluatie resulteert in onderhavig rapport.

Sophie Koek
Kwartiermaker
29 oktober 2021

¹ Waar cliënten staat kan eveneens patiënten/ verzekerden/ justitiabelen gelezen worden.

Conclusies ten aanzien van doelstellingen convenant:

Hoofddoel: Zorgen dat de juiste patiënt op de juiste plek wordt opgenomen.

Partijen concluderen dat het dashboard en het LCBB bijdragen tot het hoofddoel, maar dat hier in het vervolg nog verbeteringen op nodig zijn.

Subdoelen:

1. Het in beeld krijgen van de –beschikbare- opnamecapaciteit:
Partijen concluderen dat het dashboard zeker bijdraagt tot een beter beeld van de opname capaciteit. Wel constateert men dat dit inzicht niet voldoende meerwaarde heeft voor de plekken voor tbs-gestelden op beveiligingsniveau 4. Verder hebben branches en financiers behoefte aan verdieping op het bestaande beeld, eventueel door een ander methodiek van uitvragen. Tevens wil men de knelpunten verder bespreken op strategisch niveau, zodat er ook daadwerkelijk andere oplossingen komen.
2. Het verbeteren van het proces van opname van patiënten op beveiligde bedden:
Partijen zien vooral een meerwaarde voor de ketenpartners bij dit proces. Tevens heeft het dashboard meerwaarde voor de opnamecoördinatoren van de klinieken met overige forensische zorg, maar minder voor de opnamecoördinatoren van de tbs op beveiligingsniveau 4.

Opzet evaluatie

Het is ingewikkeld een veelomvattend traject als dit goed te evalueren. Zowel het convenant beveiligde bedden, als de uitwerking ervan op de plaatsingspraktijk middels in inrichting van een landelijk coördinatiepunt beveiligde bedden en het inzicht gevend dashboard worden geëvalueerd. Vooraf is een opzet voor de evaluatie door partijen goedgekeurd. In deze opzet is gekozen om 1) de bedoeling van het convenant, 2) de convenantsafspraken, 3) de bruikbaarheid van de ingezette instrumenten om op hoge geaggregeerd niveau inzicht te krijgen in de beveiligde capaciteit (strategisch) en effect op de plaatsingspraktijk (operationeel niveau) als aparte onderdelen te evalueren. Dit laatste onderdeel is met alle partijen en alle opnamecoördinatoren van de aanbieder van beveiligde zorg geëvalueerd.

Aan de hand van deze opzet is met elke branche en met de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) een evaluatiegesprek gevoerd. Een weergave van deze gesprekken, de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen komen in deze rapportage terug.

Uit de geleverde input en dit evaluatierapport moet blijken of en onder welke voorwaarden afspraken in het convenant en de hierna ingezette instrumenten rondom de beveiligde bedden voortgang kunnen vinden. Deze instrumenten zijn het dashboard, de overlegstructuur en het LCBB. Het is aan het bestuurlijk overleg personen met verward gedrag, dat op 29 oktober 2021 tussen de ministeries en de branches voor zorgaanbieders en financiers plaatsvindt, om hier een conclusie aan te verbinden en een besluit over te nemen.

Het laatste hoofdstuk bevat enkele aanbevelingen voor eventuele continuering het onder dit convenant gestarte traject. Partijen kunnen overwegen deze in een eventueel vervolgtraject op te volgen.

Evaluatie van het convenant

De bedoeling van het convenant beveiligde bedden is dat iedere persoon die zorg en ondersteuning via een opname in een beveiligde klinische setting nodig heeft, hier toegang toe krijgt. Partijen geven aan dat inzicht in de capaciteit en de dynamiek in de sector de plaatsingspraktijk zal helpen en voorkomt dat er geleurd wordt met cliënten. Over dit laatste zeggen zorgaanbieders dat dit nooit helemaal te voorkomen zal zijn, complexe casuïstiek nodigt uit tot samenwerking en een netwerkaanpak. Echter, de bemiddeling door het LCBB heeft wel bijgedragen aan het realiseren van deze bedoeling.

Beleidsmakers, financiers en zorgaanbieders spreken af zich in te zetten om transparantie aan te brengen in de sector en kiezen ervoor om dit te vatten in de volgende set afspraken:

- Er wordt een dashboard gebouwd waarin alle beveiligde bedden (landelijk) op beveiligingsniveau 2,3,4 worden opgenomen, ongeacht de financieringsgrond.
- De zorgaanbieders van deze beveiligde bedden werken alle werkdagen het dashboard bij, waarmee het dashboard een afspiegeling is van de actuele bezetting van alle beveiligde bedden in alle klinieken in Nederland.
- Dit gebeurt met actuele, juiste en volledige informatie, waarbij op basis van het gesprek tussen zorgaanbieders over de beschikbare bedden nadere inkleuring kan worden gegeven aan de daadwerkelijke beschikbaarheid van de bedden in relatie tot de zorgvraag die er is en het beschikbare daadwerkelijke aanbod van zorg.
- De zorgaanbieders vullen de statische gegevens (zoals contra-indicaties, rechtsregime, specialismes, (post)adres, telefoonnummer en bereikbaarheid) over de locatie in en werken deze bij als er iets wijzigt.
- Het dashboard kent twee functionaliteiten: het geeft realtime inzicht in de beschikbaarheid van bedden bij de zorgaanbieders en het geeft op geaggregeerd niveau managementinformatie over de (beschikbare) capaciteit en de bevorderende en belemmerende factoren voor opname.

In de aanloop naar het convenant werd geconstateerd dat vanwege de uiteenlopende beelden over de sector, het vertrouwen onderling broos is. Wel is gesteld dat allen zich committeren aan dit traject. Daarbij wordt opgemerkt dat de zorgaanbieders allereerst inzage in hun capaciteit en aanbod dienen te geven en daarmee de eerste stap zetten in de gezamenlijke opgave. Deze opgave is in het proces echter niet eenduidig geformuleerd.

Evaluerend op operationeel niveau

Afspraken

Bovenstaande afspraken zijn alle nagekomen, zo blijkt uit de evaluatiegesprekken. Het dashboard is gebouwd en conform afspraak in gebruik genomen. Zorgaanbieders hebben op de dynamische informatie zoals de capaciteit, beschikbare bedden en wachtlijstinformatie dagelijks ingevuld. Het LCBB heeft met zorgaanbieders veel tijd geïnvesteerd in het boven water krijgen van de juiste getallen. In de evaluatiegesprekken met DJI en ook door de zorgkantoren wordt opgemerkt dat de informatie over het aantal beschikbare plekken voor beveiligde zorg niet altijd lijkt te matchen met het beeld van de Divisie Individuele Zaken (DIZ) en de verschillende zorgkantoren. Daarnaast gaven opnamecoördinatoren van de zorgaanbieders aan behoefte te hebben aan een extra functionaliteit waar zij gereserveerde bedden kunnen aangeven. Een bed is gereserveerd als er reeds een opname gepland is. Zo wordt een beter beeld van de daadwerkelijke capaciteit weergegeven. Deze functionaliteit is in oktober 2021 ingebouwd, maar kon gezien de korte looptijd niet worden meegenomen in de huidige evaluatie.

Plaatsingspraktijk verbeteren

De DJI constateert dat de plaatsingsdruk ongekend hoog is. Dit beeld wordt door de zorgaanbieders bevestigd voor de hogere beveiligingsniveaus, maar niet voor beveiligingsniveau 2. De beschikbare bedden in het dashboard geven volgens de DIZ een vertekend beeld, aangezien zij nog steeds tegen casussen aan lopen waar geen oplossing voor kan worden gevonden. Ook de zorgverzekeraars vragen zich af of er nu echt een realtime beeld wordt weergegeven in het dashboard. Alle partijen hechten aan de opgehaalde informatie over de capaciteit en de problemen in de plaatsingspraktijk. Als deze informatie gaat leiden tot de juiste gesprekken en een oplossing voor de druk op de beveiligde capaciteit, staan alle partijen open voor voortzetting van de afspraken en het dashboard.

Evaluerend op strategisch niveau

Inzicht

Zorgaanbieders en de DJI stellen dat er niet eerder zo veel gedetailleerde informatie over het aanbod en de beschikbaarheid van beveiligde zorg is verzameld. Er is landelijk in kaart gebracht hoeveel bedden er zijn, op welk beveiligingsniveau deze worden aangeboden, in welke regio deze bedden liggen en welk zorgaanbod beschikbaar is. Dit is een prestatie in vergelijking met pogingen hiertoe uit het verleden en in andere sectoren, zoals de acute zorg.

Op basis van de opgehaalde informatie kan geen uitspraak gedaan worden over de verdringing van capaciteit tussen de verschillende zorgstelsels. De DJI wenst hier (ook) nader onderzoek naar. Tegelijkertijd concluderen partijen dat er niet eerder met zo veel aandacht en inspanning getracht is ook deze informatie boven water te krijgen. Nooit eerder zijn deze inzichten in de sector opgeschreven en vervolgens besproken.

Verdieping

Voor bovenstaande wordt door alle partners een compliment gegeven aan hen die dit aangeleverd hebben. Zij hebben naar vermogen de informatie beschikbaar gesteld.

De convenantpartners hebben behoefte aan meer informatie dan direct uit het dashboard te halen is. Het LCBB heeft vaak extra vragenlijsten uitgezet, maar dit vermindert draagvlak bij aanbieders.

De branches hebben aangegeven dat als er behoefte is aan concretere informatie over de financiering, doorstroom en zorgvraag er dan een los van het dashboard een plan en uitvoering voor opgesteld dient te worden.

Financiers benadrukken dat dit ook nodig is om te komen tot planningsbesluiten.

Verzekeraars geven aan dat zij behoefte hebben aan een verdiepingsslag op de beschikbare informatie. Zij zijn op zoek naar toegankelijke zorg voor elke cliënt uit elke regio. Zij zien graag duidelijker aangegeven wat er precies nodig is om sneller en beter te plaatsen. Zij constateren dat de informatie in de managementrapportage niet leidt tot een antwoord op de vraag: Hebben we voldoende zorgaanbod? Zo niet, welk aanvullend aanbod is er nodig? De DJI stelt deze behoefte ook te hebben.

De in het convenant afgesproken financiële rapportage is daarvoor onvoldoende, want deze is niet volledig en niet uitgesplitst naar bekostigingsdomeinen. De informatie lijkt bij zorgaanbieders te versnipperd aanwezig. In het eerdere traject rondom de inkoop van 150 extra beveiligde bedden door de zorgverzekeraars is bij deze zorgverzekeraars (Zvw) wel de verwachting gewekt dat de informatie boven tafel kan komen. Dat dit niet gelukt is. Dit maakt dat de managementrapportage onvoldoende is voor bestuurs- of financieringsbesluiten.

Gewenste verbeteringen

1. Een vervolg vraagt volgens aanbieders en verzekeraars wel om een herziening van afspraken. Er moet meer zicht komen op de basisvragen en de gezamenlijke opdracht die beleidsmakers, financiers en zorgaanbieders hebben. Deze dienen eerst goed geformuleerd moeten worden. Weeffouten in het stelsel blijven nu bestaan en er moet concreter zicht komen op verbeterlagen die hierop gemaakt moeten worden. Er moet gezamenlijk gekeken

worden hoe het zorglandschap eruit moet komen te zien. Daarbij is er aandacht voor concentratie en spreiding van het zorgaanbod nodig, zodat met elkaar afgesproken wordt wat in de eigen regio hoort plaats te vinden en welk zorgaanbod bovenregionaal of zelfs landelijk moet worden ingericht. Dit specialistische (beveiligde) aanbod moet beter uitgedacht en ingericht worden inclusief de goede aansluiting in de keten. Het moet de samenwerking tussen aanbieders in de keten en met de financiers kunnen bevorderen.

2. Partijen geven tevens aan dat goed gekeken moet worden naar de aansluiting tussen de beveiligde zorg en de reguliere (niet beveiligde) zorg. Het organiseren van het eigen (beveiligd) zorglandschap is één, maar de samenhang is een minstens zo belangrijk uitgangspunt. Immers het gaat ook om de continuïteit van behandeldoelen. Gaat het bij deze zorgsoort om beveiliging met zorg, of wijzigt dit binnen een traject naar zorg met beveiliging, zo vragen de zorgverzekeraars en zorgkantoren zich af. Diverse malen heeft het LCBB een extra uitvraag gedaan op de belemmeringen in de uitstroom. Dit wordt in de gesprekken aangeduid als de verkeerde bedden problematiek. Beveiligd, maar 'niet passend' zorgaanbod is een serieus probleem, ook voor veilige uit- of doorstroom. Er is niet alleen een probleem gezien in het aanbod, maar ook in het volume en de doelmatigheid inzet middelen. Niet alle zorgaanbieders hebben hierop gereageerd op deze uitvraag over 'verkeerde bed-problematiek' of hebben deze informatie direct voor handen. Gelet op de afspraken die in het convenant gemaakt zijn, is dit een aanvullende vraag aan de zorgaanbieders geweest. Voorsortierend op het voortraject, zou hier verdiepend naar gekeken moeten worden.
3. Tot slot geven de aanbieders uit de verstandelijk gehandicaptenzorg aan dat er een goed addendum voor deze sector bijgevoegd moet worden. In samenwerking met de zorgkantoren zijn zij met het ministerie van VWS in gesprek om hier voorbereidingen voor te treffen. De zorgkantoren stellen nog dat zij laat betrokken zijn bij dit convenant. Gelet op de verschillende wettelijke kaders, pleiten zij voor een duidelijk onderscheid tussen de beschikbaarheid van beveiligde zorg voor de langdurige doelgroep in de gehandicaptenzorg en in de geestelijke gezondheidszorg.

Conclusie: Er is bij alle partijen, behalve de klinieken op beveiligingsniveau 4, draagvlak voor voortzetting van het dashboard, mits onderliggende afspraken worden herzien en de genoemde verbeteringen worden doorgevoerd.

Conform afspraak vooraf worden bij deze evaluatie drie documenten gevoegd:

1. De laatste managementrapportage over de beveiligde capaciteit
2. De laatste themarapportage over de verdeling van de beveiligde capaciteit
3. De financiële rapportage

Evaluatie governance van het convenant

Er is een lerende praktijk met verschillende overleggen opgetuigd, waarbij partijen met elkaar kijken naar operationele, strategische en tactische ontwikkelingen die door het LCBB worden gerapporteerd. Zo wordt er geschaafd aan de managementrapportages, trachten de leden elkaar de juiste vragen te stellen en worden signalen, zoals krapte voor bepaalde doelgroepen, uit de plaatsingspraktijk geagendeerd bij beleidsmakers en financiers. De ervaring is dat partijen hierin nog zoekende zijn, maar dat zij zich allen inzetten om verbeterlagen te maken.

De lerende praktijk heeft de volgende overlegstructuren:

Operationeel overleg

Overleg met de opnamecoördinatoren van de zorgaanbieders die beveiligde bedden leveren. Deze opnamecoördinatoren hebben dagelijks contact met elkaar over opnames. Zij kunnen hierbij nu ook gebruikmaken van het real time-inzicht in de capaciteit vanuit het dashboard. Eén keer per maand is er een landelijk (digitaal) overleg onder leiding van de landelijk coördinator beveiligde bedden. Tijdens dit overleg bespreken worden casuïstiek en knelpunten besproken. Zo moet een lerend effect ontstaan.

Strategisch overleg (knelpuntenoverleg)

Maandelijks is er landelijk (digitaal) overleg met de convenantpartijen. Hier bespreken we de managementinformatie die beschikbaar komt uit het dashboard. Partijen kijken op geaggregeerd niveau naar kwalitatieve en kwantitatieve knelpunten. Deelnemers aan deze overleggen zijn de zorgverzekeraars, de zorgkantoren, bestuurders van zorgaanbieders en de Dienst Justitiële Inrichtingen. Bij het maken van de afspraken in het convenant beveiligde bedden is per branche de afvaardiging afgestemd, waarbij elke branche een aantal zetels heeft verdeeld onder de leden. Daarbij is gelet op evenredige vertegenwoordiging van partijen en van leden. Zo zijn bestuurders vanuit de tbs, de overige forensische zorg en de verstandelijk gehandicaptenzorg afgevaardigd door De Nederlandse GGZ en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN). ZN heeft gekozen voor een afvaardiging van leden vanuit zorgverzekeraars en zorgkantoren, met een onderscheid in specialiteit tussen de langdurige zorg voor verstandelijk gehandicapten en de ggz. De DJI is vertegenwoordigd door ambtenaren uit de divisie ForZo/JJI en vanuit de DIZ.

Bestuurlijk overleg

Bij de start van het coördinatiepunt was er een bestuurlijk overleg tussen branches en bewindspersonen van de Ministeries van Justitie en Veiligheid en Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In het bestuurlijk overleg van oktober 2021 vindt de evaluatie van het convenant beveiligde bedden en de ingezette instrumenten plaats. In mei 2021 is de voortgang besproken.

Evaluerend

Inzicht

Het strategisch overleg is helpend geweest in het juist verkrijgen en beter duiden van de uit het dashboard opgehaalde informatie. Het bleek echter een weinig gestructureerd overleg te zijn. Het was een aftastend overleg, waarbij beelden met elkaar gedeeld werden en getracht is meer inzicht in de cijfers en grip te krijgen op de capaciteit. Dit is aangeduid als valkuil door de verschillende branches en de DJI. Voor het vervolg zal nagedacht moeten worden over de opzet en de vertegenwoordiging in dit overleg, waarbij de branches een duidelijker rol moeten krijgen zodat er beter taal gegeven kan worden aan de knelpunten en de uitkomsten beter geborgd worden. Branches kunnen desgewenst hun leden laten aansluiten als specifieke onderwerpen geagendeerd zijn. Andere aanbieders dan diegenen die de sector vertegenwoordigden hebben nu relatief weinig gemerkt van de opbrengst van dit overleg. Een aantal van hen geven aan de opbrengst niet helder te

hebben. Zij stellen via de informele lijnen aan hun informatie te komen. De beelden die leven bij de plaatsers lijken niet altijd op deze tafel terecht te komen of voldoende onderbouwd te worden door data. Er wordt gesuggereerd om vanuit de departementen denkkraft beschikbaar te stellen om verdieping in de rapportages aan te brengen.

De leden uit het overleg hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan het tot stand brengen van de managementrapportages. Zij hebben kritische vragen gesteld en aangezet tot het ophalen van specifieke informatie om de knelpunten specifieker te krijgen. Daarbij hebben zij zich ingezet om de ervaringen uit het werkveld naar voren te brengen. Wel hebben zij goed zicht gehad op de impact van de relatief eenvoudige bestuurlijke beslissingen versus de complexe realiteit, bijvoorbeeld de administratieve lasten van het traject. Daarbij ontbreekt voor hen mogelijk goed zicht op de verhouding tussen inzet en opbrengst.

Verdieping op inhoud

De uitstroomproblematiek uit de beveiligde zorg is een thema geweest in het knelpuntenoverleg. Indien dit hardnekkige probleem verder uitgediept wordt, is de verwachting dat dit kan leiden tot meer inzicht in de doorstroom in de sector. Het is van belang hier ook bovenregionale plaatsingen bij te betrekken. Uit de signalen van de zorgaanbieders blijkt dat cliënten met een zorgmachtiging van buiten de eigen regio bovengemiddeld lastig doorstromen.

De verwachting van de DJI dat ook de instroom hiervan zal profiteren, omdat de borging van de zorg leidt tot minder recidive. De VGN vult aan dat uitstroom bij vrijwel alle vormen van zorg een knelpunt is. Mogelijk is het niet oplosbaar binnen alleen het smalle kader van beveiligde bedden. Uitstroom en doorstroom zijn bij uitstek ketenvraagstukken die als keten moeten worden opgelost.

Uit alle gesprekken met de branches en de DJI komt de wens om betere aansluiting te organiseren tussen de aanbieders van beveiligde zorg en reguliere zorg. Hier is vooralsnog geen stap in gezet. Dit zou in een mogelijk vervolg op strategisch niveau een vereiste zijn als de verkeerde bedden problematiek wordt verdiept.

DJI stelt duidelijke parallellen te zien tussen de bespreekpunten in het kader van het dashboard beveiligde bedden en het doorbraak overleg met betrekking tot de tbs-capaciteit. Hier ziet men een natuurlijke verbinding. De aanbieders van tbs-plekken geven aan dat zij het dashboard nauwelijks gebruiken en zien de toegevoegde waarde van dagelijks invullen niet, zolang de DJI de enige plaatser is op beveiligingsniveau 4 en derhalve over de informatie over capaciteit en wachtlijst beschikt. Bespreking van de wachtlijsten, inzicht in de aantallen en de problematiek is in de afspraken tussen de DJI en TBS Nederland geborgd. De plaatsing van andere titels dan tbs met dwangverpleging op niveau 4 is uitzonderlijk en gaat meestal gepaard met een separate afspraak met de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. Enkel aanbieders die mensen met een tbs-titel direct op beveiligingsniveau 3 opnemen, zien veel meer de meerwaarde van aansluiting bij het dashboard. Zij zien een toegevoegde waarde van het LCBB als plek om knelpunten naar toe op te schalen, voor bemiddeling en voor landelijke managementrapportages. Ze zien ook de netwerkfunctie van het landelijke overlegstructuur als waardevol. Zij kijken ook naar dit overleg als een belangrijk gremium dat structurele knelpunten in de (capaciteit van) beveiligde bedden in beeld brengt. Voorts wordt in dit overleg ook gesproken over de plaatsingen onder de schakelartikelen 2.3 Wfz en 28a WZD, die anders buiten de scope blijven.

Verdieping op structuur

Het huidige knelpuntenoverleg heeft zich tot nu toe vooral gericht op de operationele kant en verkrijgen van inzichten door het LCBB te bevragen. De insteek is gericht het aanscherpen van de rapportages door het LCBB en op de balans tussen investering en uitkomst, dus administratieve last en opbrengst. Een maandelijkse samenkomst lijkt in het vervolg niet nodig, al moet de kwaliteit van het contact tussen de partijen geborgd worden. Het overleg heeft bijgedragen aan vertrouwensgroei, zo stellen de partijen.

Bij voortzetting zou het overleg meer een strategisch niveau moeten krijgen met alle convenantpartners, met heldere taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en vertegenwoordiging. Na herinrichting van het overleg moeten met het LCBB heldere afspraken gemaakt worden over de rapportagefrequentie.

In het bestuurlijk overleg wordt het thema samen met de voortgang op de ketenveldnorm geagendeerd. Alleen deze samenkomst is onvoldoende om beide trajecten van elkaar te laten profiteren. De aansluiting met de regio's waar de levenslooppaanpak wordt ingericht moet gezocht worden.

Gewenste verbeteringen

1. Het LCBB is leidend geweest in de overlegstructuur en kon dankzij de gesprekken met de partners in het knelpuntenoverleg uitvragen doen en de knelpunten scherper krijgen. Om een meer strategische focus in het overleg aan te brengen zullen partijen de inrichting van het overleg moeten heroverwegen, waarbij afspraken over de afvaardiging en het voorzitterschap gemaakt worden.
2. De frequentie van de overleggen kan na deze eerste periode aangepast worden aan de opdracht, maar hoeft zeker niet meer maandelijks. De frequentie van de overleggen en de rapportages moet onderdeel zijn van de nieuwe set afspraken.
3. Het is van belang in de overlegstructuur de onafhankelijkheid van het LCBB te borgen. Ook hiervoor zullen partijen voor het vervolg bestendige afspraken moeten maken.

Conclusie: Er is draagvlak voor voortzetting, mits het knelpuntenoverleg wordt herijkt. De grootste meerwaarde is voor partijen evident: relevante partijen zijn met elkaar in gesprek. Dit gesprek is meer dan ooit op feiten gebaseerd in plaats van op geluiden uit de sector.

Evaluatie van de ingezette instrumenten

De plaatsingspraktijk en de juiste beschikbaarheid van bedden waar cliënten in een beveiligde omgeving behandeld kunnen worden staat centraal in dit traject.

In het convenant is in bijlage 1 onder c het volgende afgesproken:

De huidige praktijk van (professionele) indicatiestelling en opname wordt voortgezet. Het dashboard is geen plaatsingstool. Er wordt dus ook niet door iemand 'geplaatst' op basis van informatie uit het dashboard. Wel kan het gesprek tussen de opnamecoördinatoren gevoerd worden naar aanleiding van de realtime informatie die het dashboard geeft inzake het capaciteitsmanagement en de beschikbaarheid van bedden op dat moment. Het gesprek tussen de opnamecoördinatoren staat echter te allen tijde centraal. Zo kan het in de praktijk zijn dat een bed op vrij staat in het dashboard, maar dat een opnameverzoek toch niet wordt ingewilligd vanwege de omstandigheden binnen de klinische setting.

Wanneer een opname niet lukt binnen de reguliere samenwerkingsverbanden, zoals hierboven wordt beschreven, dan kan worden opgeschaald naar regionaal niveau. In dat geval wordt de levensloopaanbieder van de regio waarin de instelling zich bevindt gevraagd om binnen zijn (boven) regionale samenwerkingsverbanden te zoeken naar een opnameplek. De levensloopaanbieder is nu dus aan zet om te bemiddelen voor een plek voor deze aangemelde patiënt. Wanneer opname dan nog niet tot stand is gebracht, zal het Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden betrokken worden.

Evaluerend

Inzicht

De opnamecoördinatoren van de aanbieders met beveiligde zorg melden dat de meerwaarde van het dashboard aan de kant van de verwijzers wordt gezien. De verwijzers, andere zorginstellingen, de DJI, het openbaar ministerie of de zorg- en veiligheidshuizen, onderschrijven dat ook inderdaad. Zij weten nu beter naar welke aanbieder ze moeten bellen en welke functionaris zij moeten hebben. Dit faciliteert de plaatsingspraktijk, vooral bij de zorgmachtigingen (WvGGZ) of de rechtelijke machtigingen (WZD). Ook kleinere instellingen met beveiligde zorg geven aan door het dashboard beter de weg te kennen in het forensisch veld waar de meeste beveiligde bedden worden aangeboden. Hierbij moet wel gezegd worden dat de druk soms zo hoog is, dat men alsnog belt naar aanbieders waarvan in het dashboard opgenomen staat dat zij geen plek hebben. Bij tijd en wijle is, mede door de druk, de toon van deze gesprekken negatief gekleurd. Dit helpt de praktijk niet en maakt dat samenwerking niet tot stand komt. Ook de DIZ signaleert de toegenomen druk in het plaatsen van de forensische doelgroep en ziet dat dit de communicatie of het onderlinge vertrouwen tussen vragende en aanbieder partijen niet ten goede komt.

De opnamecoördinatoren signaleren ook dat de kwaliteit leidt onder de druk op de capaciteit. Plaatsers geven aan recht te hebben op een bed en kijken daarbij niet of er een passend behandelplan is. Zij worden geleid door de behoefte aan beveiliging. Het LCBB kan hierbij vanuit haar landelijke rol wel goed optreden als bemiddelaar, bijvoorbeeld door de het organiseren van een zorgconferentie of het faciliteren van contacten tussen verwijzer en aanbieder. De indruk bestaat dat er een toenemend aantal civiele plaatsingen is, waardoor landelijke coördinatie als meerwaarde wordt gezien door verwijzers. Vanuit het dashboard kan dit niet met objectieve gegevens onderbouwd worden, omdat die informatie niet in het dashboard is opgenomen.

Het opnamecoördinatoren overleg zou ook beter benut kunnen worden voor duiding van de analyses en het ophalen van casuïstiek ter verduidelijking van de analyses. Zo stellen de opnamecoördinatoren goede inzichten te hebben in de niet gelukte aanmeldingen en de trends in de

casuïstiek die zij aangeboden krijgen. Een voorbeeld hiervan is het signaal dat zij afgeven over de beweging dat er voor cliënten die geen forensische titel hebben snel naar een zorgmachtiging gegrepen wordt om toch de beveiliging te kunnen inzetten, de behandelvraag lijkt secundair aan de beveiligingsnoodzaak, stellen zij. Ook zien zij een toenemend aantal multiprobleem casussen waar op voorhand geen traject is opgesteld. Deze cliënten blijven dan langer hangen op het beveiligingsniveau, aangezien niet is nagedacht over een vervolgstap. Dit leidt vooraf al tot afwijzing van de aanmelding door beveiligde zorgaanbieder vanwege gebrek aan perspectief en behandelvragen, met als gevolg dat verwijzers gefrustreerd raken.

De opnamecoördinatoren geven unaniem aan hun informele lijnen in de sector goed te kennen. Zij gebruiken het dashboard zelf niet als er opschaling nodig is, maar organiseren binnen hun netwerk de juiste plek voor de cliënt. Zij voeren hun data in het dashboard in, waarbij de meesten dit een relatief eenvoudige handeling vinden.

De uitstroominformatie is bij de opnamecoördinatoren niet altijd in beeld. Deze is vaak elders in de organisatie, zoals bij de behandelteams, belegd. Als in het vervolg nadruk op dit onderwerp wordt gelegd, is het goed om zorgaanbieders breed te betrekken.

Een klein aantal opnamecoördinatoren geeft aan last te hebben van de administratie die dit met zich meebrengt. Toch zien zij de meerwaarde van het dashboard om hun signalen kracht bij te zetten en knelpunten zichtbaar te maken.

DIZ heeft vooralsnog gekozen niet aan te sluiten bij dit opnamecoördinatoren overleg. De opnamecoördinatoren geven aan wel de meerwaarde in te zien van aansluiting, aangezien er een gezamenlijke opdracht ligt de capaciteit doelmatig in te zetten voor hen die dat het hardste nodig hebben. DIZ heeft aangegeven een afwachtende houding aangenomen te hebben en niet de controleur te willen zijn van het dashboard. DIZ is daarbij zoekende te zijn naar de rol van het forensisch plaatsingsloket (FPL) alwaar uiteindelijk de lastige casuïstiek werd aangemeld, ook als het geen forensische cliënt betrof. De zorgkantoren dragen aan een vertegenwoordig crisis ondersteuningsteams (COT) of afdeling Operations Zorgkantoor (plaatsingen complexe casuïstiek, WZD en WvGGZ) aan te laten sluiten. Dit bevordert het lerend effect van (aan)vragers/verwijzers en aanbieders naar hun idee.

Zowel DIZ als de opnamecoördinatoren wijzen op de ketenverantwoordelijkheid die er met elkaar ligt. Het dashboard is een tool die behulpzaam kan zijn, maar met name voor de overige forensische zorg (OFZ). De nadruk zou moeten liggen op de capaciteitscijfers wat DIZ betreft.

Verdiepend

De eerder opmerkingen over het nut van de invoer van niveau 4 capaciteit worden onderschreven. Opnamecoördinatoren zien hier de opbrengst niet opwegen tegen de administratieve last. Zij adviseren de tbs met dwangverpleging op beveiligingsniveau 4 uit te sluiten van deelname aan het dashboard en de overleggen voor opnamecoördinatoren.

Het LCBB kan wel behulpzaam zijn bij opschaling, het onderhouden van het landelijk netwerk en het delen van het landelijk beeld. Wel plaatsen opnamecoördinatoren vraagtekens bij de uitkomsten van de ingevoerde en geanalyseerde data in het dashboard. Zij hebben onvoldoende zicht op de duiding, weten niet goed waar hun data wordt gebruikt en welke acties worden ingezet op basis van deze analyse. Een betere verbinding van het opnamecoördinatoren overleg met de andere overleggen zal ook van invloed zijn op de motivatie tot het invullen van het dashboard.

Los van de overlegstructuur, zijn de evaluatiegesprekken doorspekt met verwijzingen naar de risico's die de doelgroep met zich mee brengt en de enorme inspanningen die worden geleverd om voor alle cliënten een optimale plek te vinden.

De verwachtingen van het dashboard waren dan ook hoog, waarbij men hoopte dat dit een vliegwiel zou worden voor de opbouw van extra capaciteit, als uit de managementinformatie zou blijken dat

dit nodig is. DIZ stelt via het FPL de rol van expertisecentrum vervuld te hebben en zoekt naar versterkende samenwerking met het LCBB, waarbij geen soort van concurrentieslag aangegaan moet worden. Vooropgesteld wordt dat het LCBB geen plaatser is. De vraag is hoe bestendig het geheel is en hieromtrent voor de langere termijn geen meer samenhangende afspraken over gemaakt moeten worden.

DIZ ziet vooral de verkeerde bedden problematiek als een hardnekkig probleem, dat gebrek aan doorstroom zorgt ook aan de voordeur voor problemen. Er is een roep om langdurige klinische zorg met een lage behandeldruk en de aanpak van de wachtlijsten. De stap naar begeleid wonen of een plek die meer ingebed is in de reguliere zorg is te groot, zo beamen ook de aanbieders. De opnamecoördinatoren uit de OFZ wijzen aanvullend nog op toename van complexiteit en het eindeloos rond gaan van bepaalde cliënten. Zij zoeken de verbinding met de ketenveldnorm in hun regio en denken juist dat het ontbreekt aan crisisplekken voor deze (forensische) doelgroep. Een korte klinische opname ter stabilisering zou kunnen maken dat cliënten niet te lang in de beveiligde zorg blijven hangen. De insteek moet zijn dat deze snel na de crisis weer terugkeren naar de reguliere zorg. Dit is ook verstandig bij een toename van het aantal zorgmachtigingen. De plaatsingspraktijk voor de zorgmachtigingen loopt via de arts en daardoor niet altijd overzichtelijk voor verwijzers.

Conclusie: De opnamecoördinatoren voor de OFZ zien wel de meerwaarde van voortzetting, zodat concreet gemaakt kan worden wat er aan aanvullend zorgaanbod nodig is. Het is voor hen belangrijk dat zij resultaten gaan zien van hun inspanning. Zij staan open voor het aanleveren van informatie, zolang dit ook leidt tot concrete acties in de sector. Ook stellen zij dat er geen dubbelingen moeten zijn tussen het werk dat zij voor DIZ doen en het werk dat zij voor het LCBB doen.

Knelpunten opgesomd

In het knelpuntenoverleg, bij de opnamecoördinatoren en bij de branches zijn de knelpunten getoetst. Er is afgesproken antwoord te geven over de vragen die gaan over de kwaliteit van het zorgaanbod, de kwantiteit van het zorgaanbod en de dynamiek in de sector.

De knelpunten zijn afgeleid uit voorgaande hoofdstukken en uit de managementrapportages die het LCBB heeft opgesteld.

Kwaliteit van het zorgaanbod

- De resocialisatiekansen in sommige gemeenten zijn gering, dit geldt met name in de dichter bevolkte gebieden.
- Het behandelaanbod en de resocialisatiekansen voor cliënten met zedenproblematiek zijn minimaal. In veel gemeenten zijn zij niet welkom of er is geen passend zorgaanbod in de regio van herkomst.
- De plaatsingspraktijk van de ZVW is versnipperd, dit maakt de weg naar zorg ingewikkeld.
- Er is weinig flexibiliteit tussen de verschillende wetten, zoals de WvGGZ en WZD. Er zijn nog te veel schotten, waardoor de zorgvraag niet altijd passend is voor het combinatie van zorgaanbod, locatie en wettelijk kader.

Kwantiteit van het zorgaanbod

- Er is sprake van een hardnekkig uitstroomprobleem vanuit de beveiligde zorg; er zijn naar schatting 150 cliënten die toe zijn aan doorstroom naar een ggz-instelling voor behandelopname, (beschermd) wonen en wonen voor mensen met een verstandelijke beperking.
- De wachtlijsten zijn aanzienlijk en leiden ertoe dat er veel (circa 300, zo blijkt uit het dashboard) cliënten op de verkeerde plek zitten. Zij hebben echter allen enige vorm van zorg of verblijven in detentie.
- Er is een scheve verhouding van het zorgaanbod over het land. Dit geldt allereerst voor de bedden die voor de Wet Zorg en Dwang beschikbaar zijn, maar ook voor het gehele beveiligde zorglandschap.

Dynamiek in de sector

- Er is behoorlijke krapte in de markt. Maandelijks steekproeven laten zien dat het daadwerkelijke aantal direct beschikbare beveiligde plekken zeer gering is (niet meer dan 10). Deze zijn ook vaak gelegen op een beveiligingsniveau 2. Plaatsers en verwijzers spreken in elk gesprek hun zorg hierover uit.
- Er zit geen rek in het systeem. Pieken in de toestroom van cliënten kunnen niet worden opgevangen.
- Het gebrek aan perspectief op vervolgzorg zit met name in de doelgroep die op een zorgmachtiging onder de WvGGZ is binnengekomen.
- Verdieping van de cijfers gaat leiden tot een toename van de administratieve last en daarmee verlies van draagvlak voor het invullen van het dashboard.

Aanbevelingen voor het vervolg

Hier volgt een weergave van de aanbevelingen voor een eventueel vervolg. Deze aanbevelingen komen voort uit de evaluatiegesprekken. Om enige structuur aan te brengen is dezelfde verdeling aangehouden, waarbij de aanbevelingen op operationeel niveau geen effect zullen sorteren als er geen opvolging is gegeven aan de aanbevelingen op strategisch niveau.

Strategisch niveau (convenant)

- Formuleer met elkaar het motief en de gezamenlijke opdracht, partijen hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Stel daarbij kritische vragen over wie welke rol moet vervullen en pak samen de handschoen op.
- Borg de overlegstructuur zodanig dat beleidsmakers, financiers en aanbieders gelijk vertegenwoordigd zijn via de branches.
- Maak met de kennis van nu nieuwe en concrete afspraken voor de voortgang. Bedenk vooraf welke vragen beantwoord moeten worden en welke informatie daarvoor nodig is. Voor een haalbaarheidstoets uit bij de zorgaanbieders. Pas vervolgens het huidige convenant middels een addendum hierop aan, of sluit een nieuw convenant. Definieer hierin de meerwaarde van de afspraken voor alle partijen.
- Maak een addendum voor het aanbod van beveiligde zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en beveiligde Wlz zorg.
- Identificeer weeffouten in het systeem en zorg dat deze niet steeds in nieuwe trajecten, zoals de ketenveldnorm en het convenant beveiligde bedden sluipen. Zorg daarbij voor meer duidelijk over hoe 'beveiliging' en 'behandeling' op korte en langere termijn zich tot elkaar verhouden (in het stelsel).
- Gebruik de verwachte financiële inzichten die de invoering van het zorgprestatie-model gaat opleveren om bestuurlijk afspraken te maken over het nemen van planningsbesluiten over de capaciteit van beveiligde zorg in Nederland.
- Maak van de verkeerde beddenproblematiek een speerpunt en betrek hierbij nadrukkelijk de reguliere ggz en langdurige zorg. Duidelijkheid over de ketenverantwoordelijkheid en afspraken hierover zijn nodig.
- Constateer op basis van de wachtlijsten en niet gelukte aanmeldingen aan welk zorgaanbod gebrek is en probeer dit te kwantificeren alvorens het in de markt te zetten.
- Stel de basisvragen over de verdeling van het zorglandschap in de sector. Besluit tenminste welk specialistisch aanbod landelijk beschikbaar is en zorg verder voor een goede regionale dekking.
- Denk na over een minder versnipperde plaatsingspraktijk in de zorgverzekeringswet. Zeker als er een toename van zorgmachtigingen komt of als er meer zorgmachtigingen onder artikel 2.3 van de Wet forensische zorg worden verleend.
- Bespreek met elkaar nu vast een bestendige financiering en borging van het LCBB. Als dit structureel wordt, kan financiering niet meer op projectbasis vanuit de departementen plaatsvinden en kan het LCBB niet ondergebracht worden bij één van de partners.

Operationeel niveau (plaatsingspraktijk)

- Houd het dashboard eenvoudig. Aanbieders hebben eenvoud en toegevoegde waarde (absoluut uitgangspunt) nodig om de administratieve last te compenseren.
- Zorg voor een functionaliteit voor het invoeren van het aantal verkeerde bedden in het dashboard. Extra uitvragen leiden tot te veel draagvlak verlies.
- Maak, binnen de kaders van het convenant, samenwerkingsafspraken op operationeel niveau tussen DIZ, LCBB en zorgkantoren.
- Formuleer met elkaar de motieven voor behandeling en de behandeldoelen. Zorg voor aansluiting bij de mogelijkheden van de reguliere zorg.

- Haal de tbs-capaciteit uit het dashboard en breng deze functie onder bij de DJI. Zorg voor een duidelijke verbinding tussen het LCBB met het doorbraakteam van de tbs-sector. Er zijn te veel gelijksoortige thema's aan de orde om deze verbinding niet stevig te leggen.
- Door het type cliënten in kaart te brengen, kan mogelijk een concretiseringslag gemaakt worden in wat er nodig is. Dit kan mogelijk wel veel administratie bij de zorgaanbieders te weeg brengen.
- Investeer in een goed beeld van het achterland van de forensische klinieken, benut de aansluiting bij de ketenveldnorm en gebruik hierbij het regionale netwerk van de levensloopteams.
- Zorg voor concreter zicht op verbeterlagen en de uitkomsten van de informatie die zorgaanbieders (opnamecoördinatoren) opleveren. Deze cirkel draagt bij aan de motivatie om de informatie beschikbaar te stellen.

Bijlage: lijst van afkortingen

| | |
|-------|--|
| Bvt | Beginnelingenwet verpleging terbeschikkinggestelden |
| COT | Crisis Ondersteuningsteam |
| DJI | Dienst Justitiële Inrichtingen |
| DIZ | Divisie Individuele Zaken (van de DJI) |
| EVBG | Extreem Vlucht- en Beheers Gevaarlijk (alleen beschikbaar op niveau 4) |
| FPA | Forensisch Psychiatrische Afdeling (niveau 2) |
| FPC | Forensisch Psychiatrisch Centrum (niveau 4) |
| FPK | Forensische Psychiatrische Kliniek (niveau 3) |
| FPL | Forensisch PlaatsingsLoket (van de DJI) |
| FVA | Forensische Verslavingsafdeling (niveau 2) |
| FVK | Forensische Verslavingskliniek (niveau 3) |
| LCBB | Landelijk coördinatiepunt beveiligde bedden |
| OFZ | Overige Forensische Zorg |
| SGLVG | Sterk Gedragsgestoord, Licht Verstandelijk Gehandicapt |
| TBS | Ter beschikking Stelling |
| VGN | Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland |
| Wfz | Wet forensische zorg |
| Wlz | Wet langdurige zorg |
| WvGGZ | Wet verplichte GGZ |
| WZD | Wet Zorg en Dwang |
| Zvw | Zorgverzekeringswet |