

# Managementrapportage Capaciteit beveiligde bedden

**BEVEILIGDE  
BEDDEN**

## Inhoud

1. Inleiding: Analyses Knelpunten capaciteit Beveiligde Bedden .....	3
2. Wat is de capaciteit per provincie? .....	4
3. Welke bedden zijn leeg of gereserveerd.....	5
4. Casuïstiek .....	7
Bijlage: lijst van afkortingen .....	11
Bijlage: definities van systemisch, financieel en inhoudelijk .....	12

## 1. Inleiding: Analyses Knelpunten capaciteit Beveiligde Bedden

Sinds februari 2021 wordt CAPdash door de zorgaanbieders gevuld en sinds 1 maart 2021 beschikken we over een nagenoeg compleet beeld van de sector.

In het eerst jaar zagen we dat de invuldiscipline onder de zorgaanbieders steeds rond de 85% lag. Het dashboard werd dus over het algemeen dagelijks goed ingevuld, maar we zagen dat we hier bij sommige zorgaanbieders wel wat vaker achteraan moesten bellen.

Helaas is er bij de overgang van 2021 naar 2022 wat verkeerd gegaan in het dashboard. Blijkbaar stonden er achter de schermen wat dingen verkeerd, waardoor de dagelijkse data automatisch werden ingevuld in het dashboard. In principe moest dit alleen gebeuren in het weekend, maar dit is naar 7 dagen per week gegaan. Dit werd halverwege februari 2022 ontdekt. Er is hierop meteen contact geweest met de makers van het dashboard en zij hebben dit direct aangepast. Onduidelijk is hoe dit heeft kunnen gebeuren. Toen alles hersteld was, bleek er een deel van eind december 2021 en begin januari 2022 niet te zijn ingevuld wegens vakanties/feestdagen etc.

Zoals we vorig jaar ook al omschreven, zijn sommige zorgaanbieders wat kwetsbaar omdat er maar één iemand verantwoordelijk is voor het vullen van het dashboard. Als deze persoon met vakantie of ziek is dan wordt er geen informatie ingevuld. Daarnaast zien we veel personele bewegingen binnen de zorgaanbieders en hebben we veel nieuwe accounts aangemaakt en oude verwijderd. Op dit moment zien we dat het dashboard minder goed wordt gevuld en dat hier vaker achteraan gebeld en gemaïld moet worden. Meerdere zorgaanbieders geven aan dat de werkdruk hoog is vanwege personeelsgebrek en het dashboard dan vaak toch het eerste is dat vergeten wordt. Er bleek in april 2022 ook nog een ander probleem in het dashboard te zitten waardoor de data van sommige zorgaanbieders niet juist werd opgeslagen. Ook dit wordt op dit moment nog uitgezocht en hier is met regelmaat contact over met de bouwers.

We hebben voor onderstaande analyses de data over de maanden januari - april 2022 gebruikt. Voor de controle van de lege/gereserveerde bedden hebben we contact opgenomen met de zorgaanbieders om de cijfers te verifiëren. De zorgaanbieders hebben aangegeven dat zij niet zitten te wachten op allemaal extra uitvragen dus de overige cijfers hebben we niet kunnen verifiëren en daarvan kunnen we niet met volle 100 procent aangeven of deze kloppen.

In deze rapportage vindt u de volgende analyses op de data uit CAPdash:

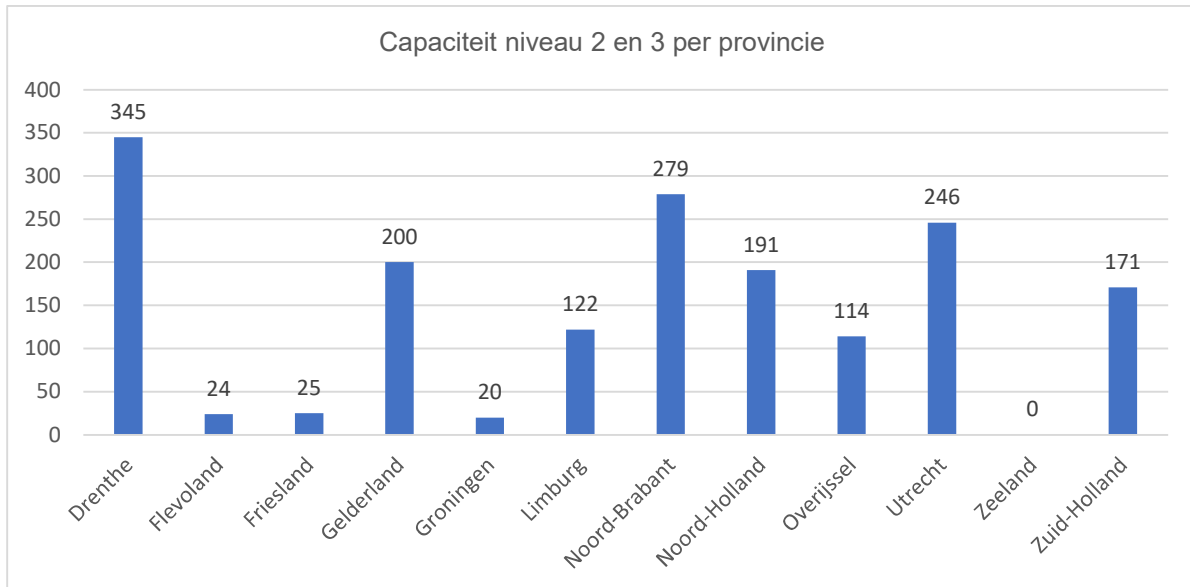
- Een analyse op de gehele capaciteit per provincie
- Een analyse op de lege/gereserveerde bedden
- Casuïstiek

## 2. Wat is de capaciteit per provincie?

In totaal zijn er 1737 bedden als capaciteit ingevoerd in CAPdash. Hieronder in het tabel vindt u de verdeling van de capaciteit per provincie. Het gaat hierbij om de niveau 2 en 3 (OFZ + TBS) zorgaanbieders. We hebben vorig jaar afgesproken dat de niveau 4 bedden uit het dashboard zouden gaan en dit is gebeurd per 1 januari 2022.

Er zijn in Nederland een aantal zorgaanbieders die op niveau 3 ook cliënten opnemen met een TBS-dwang, deze bedden zijn wel mee genomen en staan wel in het dashboard.

Goed om te vermelden dat er nog 3 bedden op niveau 4 in het dashboard staan. Deze bedden kunnen ook gebruikt worden voor cliënten zonder forensische titel. Deze bedden zijn dus een uitzondering.

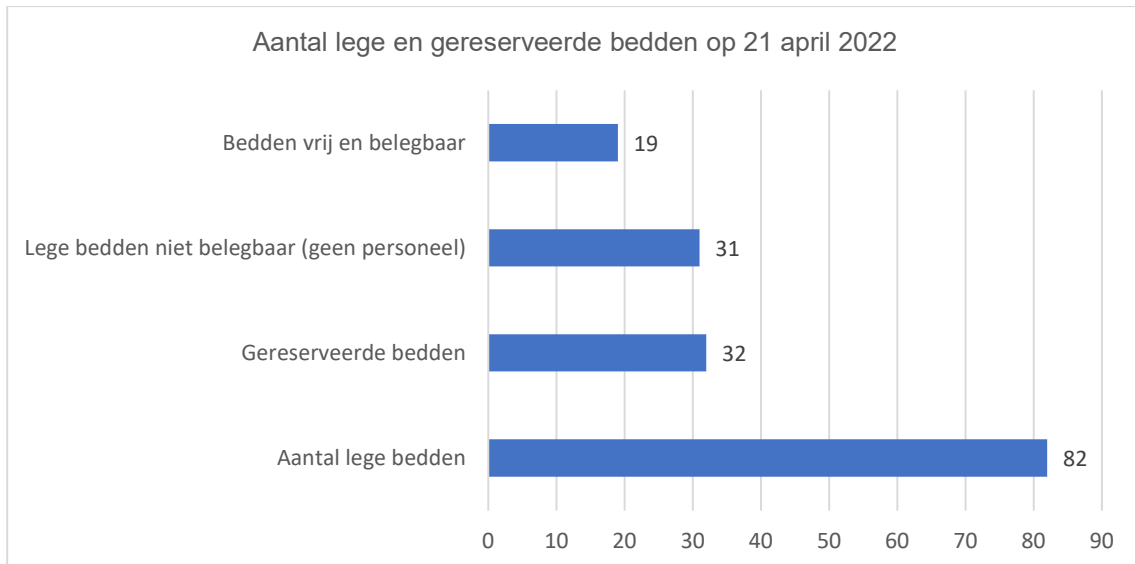


In voorgaande managementrapportages hebben we verschillende verdiepingen gedaan op de verdeling van de bedden over de provincies. Zo weten we al dat de spreiding van de beveiligde bedden zeer onregelmatig verdeeld is. Wil je dit nogmaals terug lezen, zie de rapportages van juli 2021 en oktober 2021.

In de managementrapportage van augustus 2021 hebben we ook bij een aantal provincies gekeken naar het inwonersaantal en het aantal beveiligde bedden in die provincie. Ook daar kon je van zeggen dat de verdeling erg scheef is.

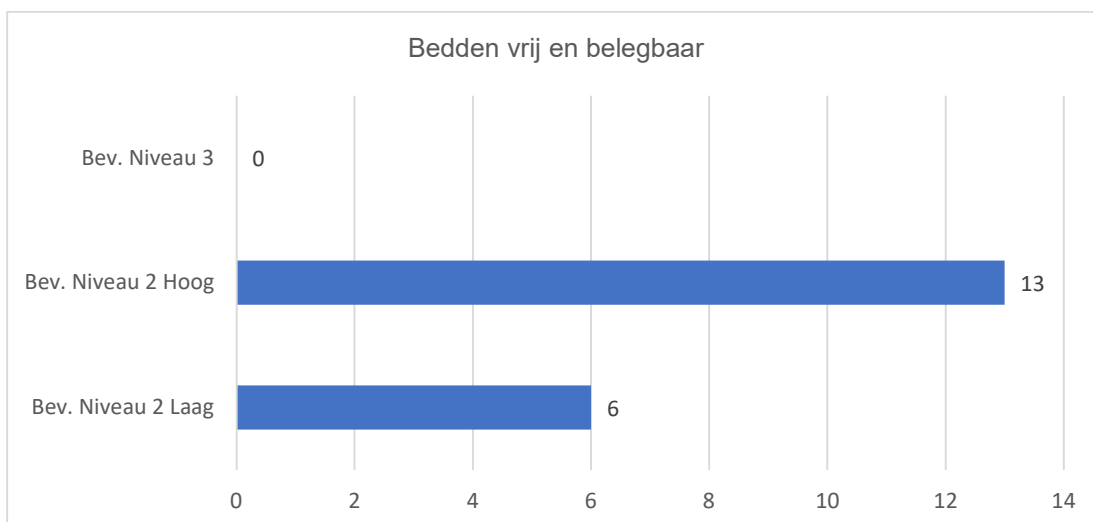
### 3. Welke bedden zijn leeg of gereserveerd

Op 21 april 2022 hebben we net als vorig jaar een rondje gebeld met de zorgaanbieders die volgens het dashboard op dat moment lege of gereserveerde bedden hadden. Een aantal van de lege bedden klopte niet helemaal en zijn aangepast. In totaal kwamen we op 82 lege bedden. Hieronder zijn de cijfers te vinden die naar voren kwamen en hoe deze cijfers verdeeld zijn.



Het meest schokkend zijn misschien wel de lege bedden die niet beschikbaar zijn vanwege het niet hebben van voldoende personeel. De 31 bedden waar het hier om gaat, zijn te verdelen over 3 zorgaanbieders. Opvallend is dat het op dit moment lijkt dat het in de Randstad juist moeilijk is om behandelaren te vinden en ze in de Achterhoek juist groepsbegeleiders/verpleegkundigen missen. Dit zijn geen harde gegevens, maar signalen die we vanuit de zorgaanbieders ontvangen. Ook de sluiting van klinieken in het land vindt men zorgelijk, we krijgen hier met regelmaat telefoontjes over uit verschillende hoeken (OM, ZVH, zorgaanbieders). Men geeft aan dat er veel expertise verloren gaat, daarnaast sluiten de klinieken die volgens de bellers juist zo hard nodig zijn! Wij zijn benieuwd of andere convenantpartners hier ook telefoontjes over krijgen of misschien van collega's iets horen?

In totaal waren er op 21 april 19 bedden vrij en belegbaar. Deze 19 vrije bedden bevonden zich allemaal bij een zorgaanbieder op beveiligingsniveau 2. Toen we deze analyses vorig jaar deden, kwam hier ook uit naar voren dat de bedden die vrij zijn eigenlijk nooit op een beveiligingsniveau 3 zijn, of dat dit incidenteel was.



We hebben bij deze 19 lege bedden ook nog gekeken naar de contra-indicaties, primair specialisme en rechtsregime. Zie de uitwerking hieronder.

### **Contra-indicaties**

- 19 met contra-indicatie <18 jaar
- 11 met contra-indicatie zeden
- 2 met contra-indicatie LVB
- 0 met contra-indicatie verslaving of vrouw zijn

### **Primair specialisme**

- 12 met primair specialisme psychiatrie
- 1 met primair specialisme verslaving
- 6 met primair specialisme SGLVG
- 0 met primair specialisme KIB/LIZ (ontwrichtend gedrag)

### **Rechtsregime**

- 15 bedden voor de Wvggz
- 14 bedden voor de Wfz
- 0 bedden voor de Wzd

In dit geval zijn er dus geen bedden beschikbaar voor cliënten onder de 18. Nou wisten we al uit een vorige managementrapportage dat een leeftijd onder de 18 een contra-indicatie is voor de meeste zorgaanbieders. Deze cijfers zijn dus niet heel vreemd.

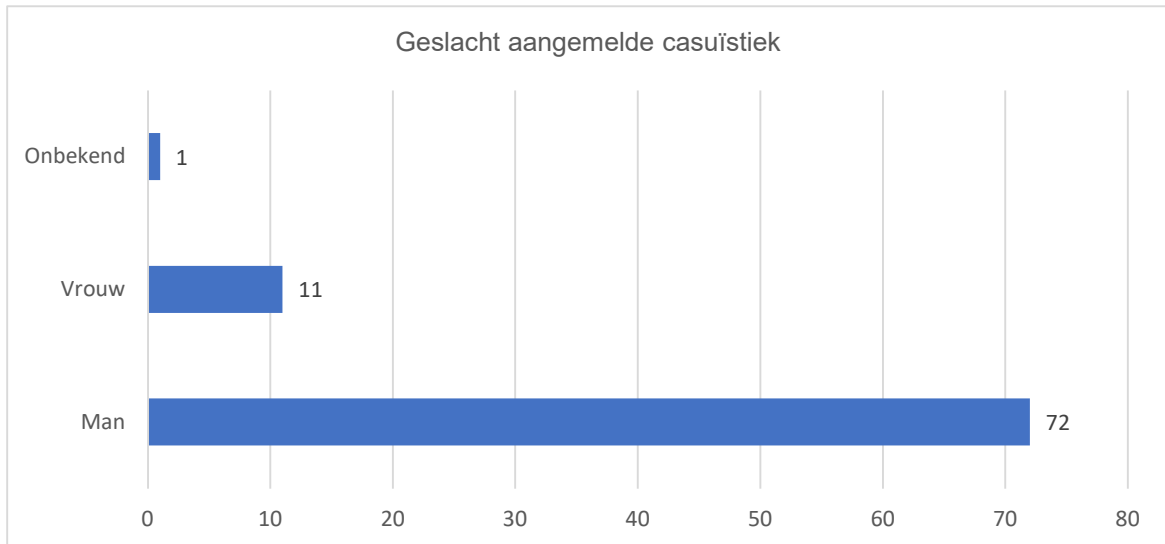
In de casuïstiek waarin wij gevraagd worden om mee te denken is er vaak spraken van de Wzd, in bovenstaande is te zien dat er van de 19 bedden geen bed beschikbaar is voor de Wzd. Lees in het volgende hoofdstuk ook wat meer over de casuïstiek en dat het soms dus ook nodig is om iemand via een andere route (Wvggz) toch opgenomen te krijgen.

### **Conclusies**

De regelruimte om iemand op te nemen is en blijft erg krap. Daarnaast wisten we uit vorige rapportages al dat de regionale spreiding van beveiligde bedden zeer onregelmatig verdeeld is. Door personeelstekorten zijn er minder bedden beschikbaar dan de geplande capaciteit. Er zijn echter voldoende beveiligde bedden in algemene zin, maar voor de doelgroep die een indicatie voor beveiligingsniveau 3 heeft of die onder het rechtsregime Wzd valt, zijn geen bedden beschikbaar. Ook is er geen vrije bedden capaciteit binnen het specialisme KIB/LIZ.

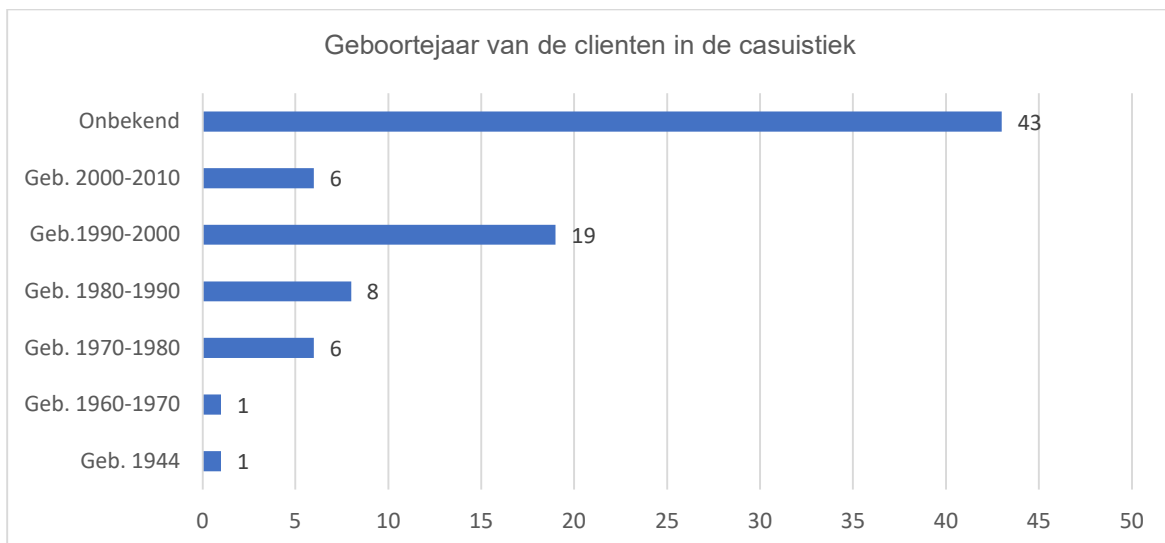
## 4. Casuïstiek

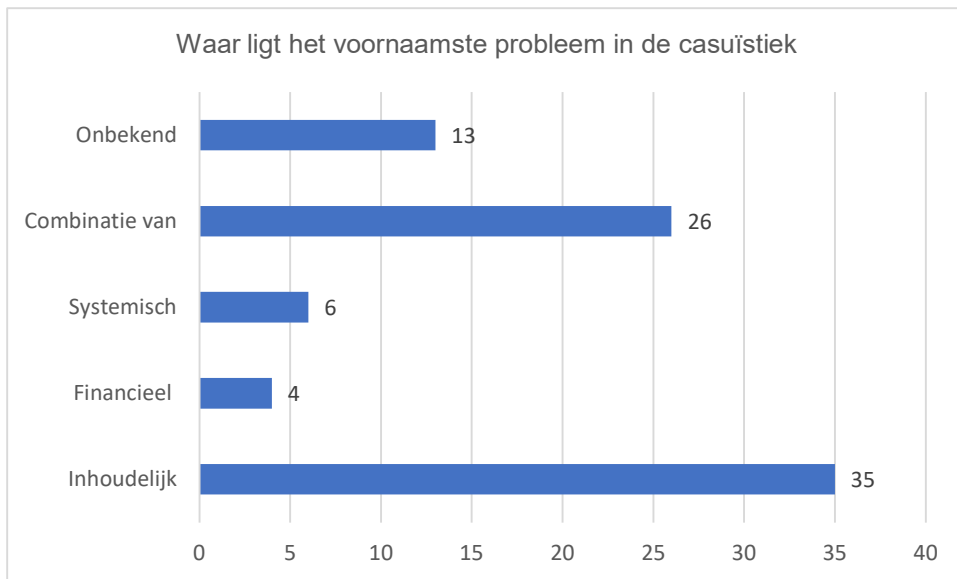
Een onderdeel van het Landelijk Coördinatiepunt Beveiligde Bedden is ook het bemiddelen en advies geven bij ingewikkelde casuïstiek. Vanaf de start van het LCBB hebben we geprobeerd om de casuïstiek bij te houden. In het begin is dit goed gegaan en daarna is dit een periode minder goed gebeurd. We hebben afgesproken dat we de casuïstiek weer beter gaan bijhouden, maar ook uitgebreider. In dit hoofdstuk is een deel cijfers te zien, maar ook aan aantal voorbeelden van casuïstiek, zodat jullie een idee hebben waarin het LVBB gevraagd wordt om mee te denken.



Op zich is bovenstaande niet heel opvallend. In een onderzoek/presentatie van Vivienne de Vogel over vrouwen in de forensische zorg, wordt een beeld geschetst dat 90% van de fz-populatie man is. Ook bij ons gaat het in de meeste gevallen om mannen en heel af en toe om een vrouw. We zien wel dat bij de vrouwen er over het algemeen sprake is van co morbiditeit en dat de problematiek behoorlijk heftig is.

Casuïstiek wordt in veel gevallen anoniem bij ons aangeleverd. Dit betekent dat wij geen namen of geboortedata hebben. Uiteindelijk leek het ons toch wel interessant om te weten uit welk geboortjaar een cliënt kwam. Met name omdat wij het idee kregen dat het vaak om relatief jonge cliënten gaat. Omdat we dit in het begin niet hebben gedaan, zie je nu bij het overgrote deel nog onbekend. Gevolgd door de groep cliënten uit 1990-2000. Op de volgende pagina is te lezen wat de reden is dat cliënten worden afgewezen.





In bovenstaande tabel hebben we gekeken naar de voornaamste reden waarom een casus vastloopt. In het dashboard worden deze ook genoemd maar dan als reden voor een zorgaanbieder om een cliënt af te wijzen. In de bijlage achterin vind je de omschrijvingen van systemisch, financieel en inhoudelijk.

Een groot deel van de casuïstiek komt bij ons terecht omdat er inhoudelijk een probleem is, namelijk het niet hebben van het juiste behandelaanbod. Daarnaast zie je ook nog dat er vaak een combinatie is van financieel en inhoudelijk.

Wat we veel in de casuïstiek zien, is dat er sprake is van LVB-problematiek, maar dat dit niet aantoonbaar is voor het 18<sup>de</sup> levensjaar. Soms zou een cliënt goed passen bij een bepaalde zorgaanbieder, maar krijgt hij niet de juiste indicaties. Er lopen meerdere casussen binnen het LCBB waarbij hiervan sprake is. In sommige gevallen is het dus goed om out of the box te denken, om op die manier het onmogelijke mogelijke te maken.

### **Casuïstiek Wzd**

- Zwanger, verslaafd en agressie  
Vanuit de gemeente Almere werden wij benaderd om mee te denken bij een ingewikkelde casus. Het ging om een dame van 34 jaar, sprake van verslaving, agressie en LVB. Cliënt was op dit moment voor de 6<sup>de</sup> keer zwanger, in totaal zijn er 4 kinderen verslaafd ter wereld gekomen en bij het 5<sup>de</sup> kind werd op later moment toch besloten een abortus te doen. De hulpverleners wilden er alles aan doen om dit kind niet verslaafd ter wereld te laten komen. Cliënt wild dit zelf ook maar was nog fors in gebruik.  
Vanwege de ingewikkelde casus waren er veel mensen betrokken (gemeente, politie, zorgaanbieders uit de regio, zorgkantoor). Veel zorgaanbieders waren al benaderd, maar allen durfden het niet aan, over het algemeen vanwege de zwangerschap en de verslaving. Omdat er ook regelmatig sprake was van agressie was een beveiligd bed noodzakelijk.. Vanuit de Wzd was het niet mogelijk om een plek te vinden, ook wij hebben van alles en iedereen gebeld, maar helaas zonder resultaat. Totdat ik de casus nogmaals bij een psychiater had voorgelegd, die de noodzaak met name voor het ongeboren kind zag. Deze psychiater vond dat iemand de verantwoordelijkheid moest nemen. Zo zijn we begonnen met een plan te maken. Dit was nog behoorlijk ingewikkeld omdat deze zorgaanbieder geen bedden had voor de Wzd maar wel voor de Wvggz. In deze casus is er dus een omzetting geweest van de Wzd naar de Wvggz.
- Prostitutie, automutilatie en LVB  
Cliënt verblijft al zeer lange tijd binnen dezelfde instelling. Functioneert hier met momenten redelijk goed. Behandeling aldaar lijkt wel afgerond te zijn. De uitzichtloosheid maakt dat cliënt regelmatig suïcidale uitspraken doet en al een aantal pogingen heeft gedaan. Daarnaast is er



sprake van fors automutileren. Zorgaanbieder maakt zich ernstige zorgen dat een volgende poging gaat slagen. Naast bovenstaande is er ook sprake van een psychotische stoornis, een gemengde persoonlijkheidsstoornis met borderline, antisociale en obsessief-compulsieve trekken. Ze is angstig en achterdochtig en heeft problemen met de impulscontrole. De toekomstige woonvoorziening zal Wlz GGZ5 indicatie moeten accepteren, besloten omgeving (FG2), R.M. (Wzd), veel toezicht om terugval in drugsgebruik en seksueel grensoverschrijdend gedrag te voorkomen. Cliënt is al op 37 plekken aangemeld en afgewezen. Reden van afwijzingen: beveiligingsniveau te laag, te weinig nabijheid kunnen bieden, wij zijn een behandelinstelling geen verblijfplaats en zo volgen er nog heel veel meer. Cliënt wil graag bij haar vriend in Amsterdam wonen, maar dit is ook de persoon die haar heeft gedwongen de prostitutie in te gaan. Vervolgplek nog niet gevonden, hierin trekken de zorgaanbieder, het zorgkantoor en het LCBB gezamenlijk op.

### **Casuïstiek Wvggz**

- Groot, gevaarlijk en heel het land gezien  
We werden gevraagd om mee te denken bij de casus die liep in het ZVH Almere/Lelystad. Bij de omschrijving van de casus bleek het te gaan om een man die op veel plekken in Nederland al bekend is (zowel op beveiligde als niet beveiligde plekken). Bij de casus is sprake van verslaving, een psychotische stoornis en LVB-problematiek (niet aangetoond voor het 18<sup>de</sup> levensjaar). Men was op zoek naar een plek om cliënt te stabiliseren (verbleef in eerste instantie op straat). Later 3 weken in detentie vanwege een gedragsbeperkende maatregel. Er was een plek nodig om cliënt verder te stabiliseren. En voor daarna een plek waar cliënt langdurig klinisch kon verblijven om daarna verder door te stromen. Een plek vinden om cliënt te stabiliseren was op één plek na niet te vinden. Cliënt werd overal afgewezen, anwege LVB, vanwege de psychiatrie, agressie en in sommige gevallen omdat cliënt daar al had verbleven en de behandeling toen ook niet van de grond kwam. Daarnaast kwam ook regelmatig ter sprake dat cliënt niet de juiste indicatie had. Veel structuur deed cliënt goed en overvraging juist niet, iets wat in het verleden veel gebeurde. Men was/is van mening dat hij goed zou functioneren in een LVB-setting, maar helaas stagneert dit omdat de juiste indicatie er niet is, maar ook omdat men vindt dat de psychiatrie op de voorgrond moet. Waarbij de psychiatrie juist zegt dat de behandeling vanuit de LVB moet plaats vinden. Helaas hebben we voor de casus nog geen geschikte plaats gevonden en zal het er op neerkomen dat cliënt wederom op straat terecht komt met ambulante zorg.  
Deze cliënt zou het best passen binnen een klinische voorziening waar cliënt langere tijd kan verblijven, waar de behandeldruk laag is en er wel een vorm van beveiliging is. Daarnaast maakt het niet uit of er sprake is van LVB of psychiatrie.
- Samenwerking  
Voor deze casus werden wij vanuit verschillende hoeken benaderd. Naast dat er sprake was van forse agressie waarbij constant politie inzet nodig was, lukte het cliënt vervolgens om in 24 uur tijd om te ontsnappen uit een niveau 2 beveiligingskliniek. Politie vond dat zij er niet voor deze problematiek zijn en vond dat er iets moest gebeuren en de zorgaanbieder gaf aan niet meer te weten wat te doen. Op de plek waar deze cliënt verbleef was op korte afstand ook een kliniek met een niveau 3 beveiligingsniveau. Op de vraag of ze daar al contact mee hadden gehad was het antwoord "nee" en dit was ook allemaal erg moeilijk werd verteld. Er was 1 belletje nodig vanuit onze kant en cliënt is diezelfde dag nog overgeplaatst naar de andere zorgaanbieder. Hierop is er ook een gesprek geweest tussen de directeuren van deze zorgaanbieders om veel meer de samenwerking met elkaar op te pakken. Waarom er vanuit gaan dat je burens je niet willen helpen?  
Dit horen we trouwens vaker! Men geeft dan aan dat ze een bepaalde zorgaanbieder liever niet bellen "want er verblijven daar al meerdere mensen vanuit ons". Ik probeer altijd uit te leggen dat er een verschil is in over de schutting gooien of een kortdurende overname ter stabilisatie. En daarnaast blijft het belangrijk om als zorgaanbieder betrokken te blijven.

- Diagnostiek

Vanwege forse agressie moest een cliënt tijdelijk stabiliseren op een beveiligd bed, dit bed was binnen een dag geregeld. Men wilde heel graag dat er bij deze cliënt ook diagnostiek werd gedaan. Helaas kon de plek waar cliënt heen ging dit niet bieden. In overleg met beide partijen is de verwijzende partij gewoon zelf de diagnostiek gaan doen bij de andere zorgaanbieder. Men had hier zelf niet direct aan gedacht, maar het kon met wat heen en weer gebel zo geregeld worden!

### **Casuïstiek PIJ-Maatregel**

Zowel vanuit de JJI Lelystad als de JJI Den Hey Acker werden wij meerdere malen (6x) gevraagd mee te denken bij casuïstiek. Het gaat in veel gevallen om jongeren 18+ die richting einde PIJ-maatregelen gaan, maar waarbij het niet lukt om een vervolgplek te vinden.

Opvallend is dat bij al deze casussen sprake is van zedenproblematiek of seksueel grensoverschrijdend gedrag. Bij allen is ook sprake van verslaving, psychiatrie of LVB of een combinatie van bovenstaande. De meeste hadden wel in de PIJ-maatregel al een uitplaatsing gehad, maar deze niet goed doorlopen. Hierdoor was een terugplaatsing naar de JJI noodzakelijk.

Opvallend dat van alle jongeren werd verwacht dat zij vanuit een JJI direct naar een beschermd wonen voorziening moesten. Reden dat cliënten werden afgewezen: te zware problematiek, sprake van zeden, de psychiatrie wees naar de VG en andersom. Kortom, plekken zijn moeizaam te vinden. Omdat cliënten vaak lange tijd in de JJI hebben gezeten, is er soms ook geen gemeente die de noodzaak ziet om hierin iets te betekenen. Wij hebben als LCBB aangegeven dat je moet gaan kijken of je deze doelgroep niet ook meer gefaseerd moet gaan laten uitstromen. Hierin ook contact gehad met een aantal FPA's en gevraagd hoe zij hier over dachten. Met name omdat de lege bedden die er zijn vaak in de FPA's zijn. Sommige FPA's stonden hier wel voor open en zouden dit ook gaan bespreken intern.

### **Casuïstiek Zeden**

We zien in veel van de casuïstiek dat er sprake is van zedenproblematiek of seksueel grensoverschrijdend gedrag. Of dit nu in het heden of in het verleden is gebeurd maakt niet veel uit, het blijft een doelgroep die vaak en veel wordt afgewezen. In het tabel boven aan dit hoofdstuk wordt aangegeven dat er 6x een systemische reden is waarom cliënten worden afgewezen. In alle gevallen gaat het hierbij om belemmerende omgevingsfactoren, zoals een afspraak met de gemeente over contra-indicaties.

Er is vaak angst om deze groep op te nemen in de regio, want wat als het fout gaat.

Vanaf de start van het dashboard loopt er al een casus waarbij wij betrokken zijn. Deze cliënt verblijft op een jeugdafdeling (is ondertussen al 19), maar het vinden van een vervolgplek lijkt onmogelijk. Er is sprake van autisme en zedenproblematiek. In deze casus is het lastig omdat cliënt nooit officieel veroordeeld is vanwege een zedenzaak, maar er wel delicten zijn geweest. In de casus is de huidige zorgaanbieder heel erg bang dat het fout gaat als cliënt de juiste plek/begeleiding niet krijgt.

In deze casus zijn we dus nog steeds met heel veel verschillende partijen bezig, in de hoop uiteindelijk de juiste plek voor deze cliënt te vinden.

## Bijlage: lijst van afkortingen

Bvt	Beginnelsenwet verpleging TBS
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
EVBG	Extreem Vlucht- en Beheers Gevaarlijk (alleen beschikbaar op niv.4)
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling (niv 2)
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum (niv 4)
FPK	Forensische Psychiatrische Kliniek (niv 3)
FPL	Forensisch PlaatsingsLoket (van DJI)
FVA	Forensische Verslavingsafdeling (niv 2)
FKV	Forensische Verslavingskliniek (niv 3)
ISD	Inrichting Stelselmatige Daders (een strafrechtelijke titel)
JJI	Justitiële Jeugd Inrichting
KIB	Klinisch Intensieve Behandeling
LAP	Landelijke Adviescommissie Plaatsing
LIZ	Langdurig Intensieve Zorg
LPFZ	Langdurig Psychiatrische Forensische Zorg
OFZ	Overige Forensische Zorg
SGLVG	Sterk Gedragsgestoord, Licht Verstandelijk Gehandicapt
TBS	Ter beschikking Stelling
Wfz	Wet Forensische Zorg
Wvvgz	Wet verplichte ggz
Wzd	Wet zorg & dwang
ZVH	Zorg- en Veiligheidshuis

## Bijlage: definities van systemisch, financieel en inhoudelijk

### **Financieel**

Financieel - er is geen contract

Financieel - dit type bed is niet ingekocht

Financieel - de financiering of het tarief is niet dekkend

Financieel - er is sprake van een omzetplafond

Financieel - er is geen regionale binding en dus geen financiering beschikbaar

### **Inhoudelijk**

Inhoudelijk - we hebben geen behandelaanbod voor deze patiënt

Inhoudelijk - de groepsdynamiek en de veiligheid op de groep maken het niet mogelijk deze patiënt op te nemen

Inhoudelijk - het is somatisch te ingewikkeld om deze patiënt op te nemen

### **Systemisch**

Systemisch - er zijn belemmerende omgevingsfactoren, zoals een afspraak met de gemeente over contra-indicaties

Systemisch - de veiligheid op de afdeling is vanwege personeelsgebrek niet te garanderen

Systemisch - het is niet mogelijk deze patiënt op te nemen vanwege slachtofferbelangen

Systemisch - er wordt geen terugnamegarantie afgegeven

Systemisch - er is geen uitstroomperspectief

Systemisch - er is sprake van een getraumatiseerd team